

第1号様式（第5条関係）

旭市風しん予防対策費用助成金交付申請書

年 月 日

旭市長 様

申請者 住 所 旭市
氏 名 (印)
電話番号

私は、風しんに罹患したことがなく、風しんワクチン若しくは麻しん風しん混合ワクチン（MRワクチン）のどちらの予防接種も受けたことがない上、風しんの抗体価が低いと確認されたため、当該予防接種を受けたので、旭市風しん予防対策費用助成に関する要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、申請内容について市が保有する個人情報について閲覧・調査すること及び医療機関に問い合わせることに同意します。

記

接種者	住 所	旭市		
	ふりがな 氏 名	男 ・ 女 (年 月 日生)		
申請区分 (該当する□ に✓)	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の同居者 <input type="checkbox"/> 妊婦の同居者			
予防接種名	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン(MR)			
接種年月日	年 月 日	医療機関名		

接種費用	助成額
円	円

振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合				本店 支店 支所			
	口座番号	普通 ・ 当座						
フリガナ								
口座名義								

※ 添付書類 本人確認ができるもの（運転免許証、健康保険証等の写し）、領収書（予防接種名がわかるもの）、申請者の指定する金融機関の預貯金通帳、抗体検査結果がわかる書類、生活保護の受給証明ができる書類（生活保護受給者）、代理人の場合は委任状（任意様式）、その他必要書類