

長久手市風しん対策助成事業交付申請・請求書

年 月 日

（宛先）長久手市長

申請者 〒

住所

氏名

電話番号

長久手市風しん対策助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり助成金の交付を申請します。

なお、長久手市風しん対策助成事業実施要綱を遵守するとともに、申請内容について、市が保有する個人情報を見学・調査すること及び必要時医療機関等に問い合わせることに同意します。

申請種別	<input type="checkbox"/> 風しん抗体検査 <input type="checkbox"/> 風しん予防接種		
対象者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（省略可）		
生年月日	年 月 日		
対象者区分	<input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性（妊娠中は除く。） <input type="checkbox"/> 妊娠を予定若しくは希望している、又は妊娠中の女性の配偶者又は同居者		
対象者確認欄 ※該当するものに○ ※⑤⑥は予防接種の申請時のみ	①風しんにかかったことが ある ・ ない ②（女性のみ）現在妊娠を している ・ していない ③（女性のみ）出産したことが ある ・ ない ④風しん対策の助成を受けたことが ある ・ ない ⑤風しんの予防接種を受けたことが ある ・ ない ⑥愛知県風しん抗体検査事業で検査を 受けた ・ 受けていない ⑦医師により抗体価が低いと 判断された ・ されていない		
実施日及び費用 ※予防接種の申請時には、抗体検査実施日と医療機関名も記載してください。		抗体検査	予防接種
	実施日	年 月 日	年 月 日
	医療機関名		
金額	円	円	
助成金交付申請額	円		
（市記載欄） 助成決定金額	円		

振込先（申請者名義の口座を記入してください）

金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義（カナ）
	店	普通当座		

添付書類 医療機関が発行した領収書（風しん抗体検査もしくは風しん予防接種に要した費用として支払ったことが明記されたもの）

振込先口座が確認できる通帳等の写し

（予防接種助成の申請時）抗体検査結果がわかるもの

* 誤記入は二重線をした上で訂正印をお願いします。ただし、金額の訂正はできません。

* 対象者が未成年の場合、申請者及び口座名義人は保護者としてください。