別記様式（第７条関係）

　　年　　月　　日

**風しんワクチン接種費用助成金請求書**

北栄町長　様

次のとおり風しんワクチン接種費用助成金を請求します。

また、助成金の支給決定にあたり、住民登録等を調査されることに同意します。

住　所

【　請求者　】

氏　名　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

|  |  |
| --- | --- |
| 請 求 金 額 | 円 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者  確認欄 | 下記のうち、当てはまるものに☑をつけてください。  接種日時点で、  □　１．妊娠を希望する女性のうち風しん抗体価の低い者  □　２．妊婦の配偶者  □　３．妊婦の同居者  □　４．１９歳以上の男性で風しん抗体価の低い者  □　５．妊娠を希望する女性（風しん抗体価の低い者に限る）の  同居者で風しん抗体価の低い者 | | | | |
| 接種日　　　年　　月　　日 | | | 接種実施医療機関名 | |  |
| 接種支払額 | | | | 左記金額の２／３  （＊100円未満の端数切捨） | |
| 円 | | | | 円  （＊上限8,000円） | |
| 被　接　種　者 | | フリガナ | |  | |
| 氏　　名 | |  | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日（　　　）歳 | |

※添付書類：医療機関が発行する領収書（予防接種名の記載があるもの）

　　　　　　対象者１.４.５　鳥取県風しん抗体価検査結果通知書（またはそれに準ずる書類の写し）

　　　　　　対象者２.３　　母子手帳

北栄町会計管理者　様

助成金は、次の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 預金種別 | 普通・その他（　　　　） | フリガナ |  |
| 口座番号 |  | 口座名義 |  |