

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

(宛先) 舞鶴市長

申請者 住所 千

舞鶴市

氏名

㊟

電話番号

舞鶴市風しん予防接種助成金交付申請書

舞鶴市風しん予防接種助成金交付要綱第5条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて助成金の交付を申請します。

なお、助成金の交付の可否の決定のために必要がある場合は、市が私及び私の世帯員の市町村民税の課税状況を調査することに同意します。

生 年 月 日	年 月 日 (歳)
対 象 者 区 分	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性で、抗体検査等により風しん抗体価が低いと認められる方 <input type="checkbox"/> 抗体検査により風しん抗体価が低いと認められる妊娠している女性の同居者で、抗体検査等により風しん抗体価が低いと認められる方 (妊娠している女性の氏名 妊娠している女性の住所 母子健康手帳：交付No. 交付年月日 年 月 日 出産予定日： 年 月 日)
予防接種の種類	<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
接 種 日	年 月 日
接種医療機関	
予防接種費用額	円

支払方法	<input type="checkbox"/> 現金			
	<input type="checkbox"/> 口座振込	フリガナ 名 義 人	
		金融機関名	銀行・信用金庫・協同組合 本店・支店	
		種 別	普通・当座	番 号

ここから下は記入しないでください。

生・非・課

予防接種費用額(A)	助成上限額(B)	交付決定額(AかBの少ない方)
円	円	円

同居者確認書類：運転免許証・健康保険証・その他 ()