様式第１号（第４条関係）

# 豊後大野市妊娠を希望する女性等への<br>風しん予防接種費用助成金申請書兼請求書

年　　月　　日

豊後大野市長　　様

住　　所
申請者　　氏　　名　　㊞
電話番号

風しん予防接種の助成を申請し、必要書類を添えて下記の金額を請求します。
なお、内容の確認にあたり、住民基本台帳を閲覧すること、また必要な場合において医療機関に問い合わせることに同意します。

請求金額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円（上限５，０００円）

| | | |
|---|---|---|
| 接種者 | フリガナ | |
| | 氏　　名 | （男・女） |
| | 住　　所 | 豊後大野市 |
| | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 対象区分 | | １　妊娠を希望する女性<br>２　妊娠を希望する女性の配偶者<br>３　妊婦の配偶者 |
| 接種年月日 | | 年　　月　　日 |

振込み先口座

| | |
|---|---|
| 金融機関 | （　　）銀行・金庫・組合・農協 |
| 支　　店 | （　　）店・支店・支所 |
| 口座種別 | 普通・当座 |
| 口座番号 | |
| フリガナ | |
| 名義人 | |

申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任欄に記入・押印してください。

私は、上記口座名義人に、風しん予防接種費用助成金の受取を委任します。
年　　月　　日
申請者氏名　　㊞

※ 添付書類
① 医療機関が発行する領収書
② 予診票の写し
③ 振込依頼書（市に振込口座が未登録の場合に限る。）