

# 寝屋川市成人麻疹風しん等予防接種助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

(あて先) 寝屋川市長

寝屋川市風しんワクチン等接種費用の助成に関する要綱第10条第1項の規定により、次のとおり申請及び請求します。

なお、私は「寝屋川市暴力団排除条例（平成25年寝屋川市条例第20号）に規定する暴力団員でない者又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有しない者」であることを誓約し、寝屋川市がこの請求に必要な住民基本台帳に関する情報及び医療機関等に対する確認を行うことについて同意します。

申請者	氏名			
	住所	〒 572 - 寝屋川市		
※申請者が被接種者と異なる場合は委任状が必要です。	生年月日	昭和 / 平成	年	月 日 ( 歳)
	電話番号	( )		
被接種者 (予防接種を受けた者)	氏名	申請者と同じ		
	住所	申請者と同じ		
	生年月日	昭和 / 平成	年	月 日 ( 歳)
確認事項	<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配偶者 <input type="checkbox"/> 妊婦の配偶者 <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			
抗体検査機関	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 保健所等	検査 年月日	年 月 日	
接種医療機関		接種 年月日	年 月 日	
接種ワクチン	<input type="checkbox"/> 麻疹風しん混合 (MR) ワクチン <input type="checkbox"/> 風しんワクチン		ワクチンLot No.	
請求金額	金 円			

## ※請求金額について

領収書に記載の予防接種に要した額から、自己負担額 (3,000円) を差し引いた額が請求金額となります。

振込先銀行口座等	※ 口座名義人が被接種者と異なる場合は委任状が必要です。		
金融機関名			
支店・口座番号	支店名 ( 支店) 普通・当座 No.		
口座名義人 (カタカナ)			

## 市記載欄

受付日	受付者	確認欄	
年 月 日		<input type="checkbox"/> 抗体検査の結果表等 <input type="checkbox"/> 予防接種済証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

# 記入例

## 寝屋川市成人麻疹風しん等予防接種助成金交付申請書兼請求書

(あて先) 寝屋川市長

空白にしておいて下さい。

令和 年 月 日

寝屋川市風しんワクチン等接種費用の助成に関する要綱第10条第1項の規定により、  
のとおり申請及び請求します。

**注意**

申請者が  
**被接種者以外の場合は  
委任状が必要です。**

寝屋川市暴力団排除条例（平成25年寝屋川市条例第20号）に規定する暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有しないことを証明し、請求に必要な住民基本台帳に関する情報及び医療機関の名称を記載してください。

申請者の  
・郵便番号、住所  
・氏名  
・電話番号  
をご記入下さい。

申請者	氏名					
	住所	〒 572 -	寝屋川市			
	生年月日	昭和 / 平成	年	月	日	( 歳 )
	電話番号	( )				

※申請者が被接種者と異なる場合は委任状が必要です。

※申請者欄に記入された方と同じ場合は、(申請者と同じ)に○をしてください。

予防接種を受けられた方の  
・氏名・生年月日  
・確認事項・抗体検査機関  
・検査年月日・接種医療機関  
・接種年月日・接種ワクチン  
・ワクチンLot No.  
をご記入下さい。

被接種者	氏名	申請者と同じ				
	住所	申請者と同じ				
	生年月日	昭和 / 平成	年	月	日	

確認事項

- 妊娠を希望する女性
- 妊娠を希望する女性の配偶者
- 妊婦の配偶者
- 妊娠を希望する女性の同居者
- 妊婦の同居者

抗体検査機関	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 保健所等	検査年月日	年	月	日
接種医療機関		接種年月日	年	月	日
接種ワクチン	<input type="checkbox"/> 麻疹風しん混合 (MR) ワクチン <input type="checkbox"/> 風しんワクチン		ワクチンLot No.		

振り込みを希望される  
・金融機関名・支店名  
・預金の種類・口座番号  
・口座名義人をご記入下さい。

金                      円

空白にしておいて下さい。

(請求した額から、自己負担額 (3,000円) を差し引いた額が請求金額とします。)

※口座名義人が被接種者と異なる場合は委任状が必要です。

金融機関名					
支店・口座番号	支店	普通・当座	No.		
口座名義人	<input type="checkbox"/> 口座名義人が被接種者以外の場合は委任状が必要です。				

**注意**  
口座名義人が  
**被接種者以外の場合は  
委任状が必要です。**

受付日	年 月 日	受付者	確認欄	
			<input type="checkbox"/> 抗体検査の結果表等 <input type="checkbox"/> 予防接種済証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

空白にしておいて下さい。