

別記

様式第1号（第5条第1項関係）

草津市風しん予防接種費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

草津市長 あて

申請者

住所

氏名

印

電話

草津市風しん予防接種費の助成をされたく申請し、請求します。

記

被接種者氏名		<input type="checkbox"/> 生活保護世帯に属する者
被接種者住所		
被接種者生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日生（満 歳）
実際にかかった接種費用(a) × 助成割合(b) = (c) () 円 × 割 = () 円 1円位未満切捨て 生活保護世帯に属する者以外で(c)が7,000円を超える場合は、助成申請額は7,000円を限度とする		
助成申請額	金 _____ 円	
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒性風しんワクチン (R) <input type="checkbox"/> 乾燥弱毒性麻しん風しん混合ワクチン (MR)	
接種年月日	年 月 日	
検査年月日	年 月 日	
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書（被接種者名、予防接種名、接種費用および接種日がわかるもの） 以下（※）のどちらか <input type="checkbox"/> 滋賀県風しん抗体検査結果書（※） <input type="checkbox"/> 妊婦健診において受けた風しん抗体検査の結果書（※） （H I抗体価が16倍以下、E I A価が8.0未満または国際単位30IU/ml未満であること、被検査者名、検査名、検査日、医療機関名がわかるもの）	
助成金振込口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義	

住民基本台帳閲覧承諾書

草津市風しん予防接種費助成のために、子育て相談センター所長が私の世帯の住民基本台帳を閲覧することを承諾します。

年 月 日

住所 草津市

氏名

印