

江南市風しんワクチン接種費用助成申請書

江南市長

令和〇年 △ 月 □ 日

私は、これまで風しんにかかったことがありませんので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

次の枠内をご記入ください。

申請者 (予防接種を受ける方)	フリガナ	コウナン フジカ	電話番号
	氏名	江南 藤花	0587-56-4111
	生年月日	○ 年 △ 月 □ 日 (○○ 歳)	
	住所	江南市北山町西 300 番地	
	接種年月日	令和 ○ 年 △ 月 □ 日	
	医療機関名	コチノクリニック	電話(0587-54-1111)

補助区分	<input checked="" type="checkbox"/> 一部助成 <input type="checkbox"/> 全額助成
------	---

対象区分	<input checked="" type="checkbox"/> (1) 妊娠を予定又は希望する女性 <input type="checkbox"/> (2) その他()
------	--

申請額	3,000 円	(接種費用の本人負担額の2分の1 上限額5,000円)
接種費用	6,000 円	

小数点以下の端数は切り捨てて記入してください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄にご記入ください)		
氏名	江南 太郎	申請者との関係	夫
住所	江南市北山町西 300 番地	電話番号	0587-56-4111

(裏)

世帯調書						
申請者の属する世帯構成	個人番号	世帯構成員の氏名	続柄	性別	職業	備考
		江南 藤花	本人	女	無職	
		江南 太郎	夫	男	会社員	

12桁のマイナンバー個人番号を記入してください。

上記内容に相違ありません。
なお、この申請の審査に必要な地方税関係情報等を閲覧・調査することに同意します。
令和〇年 △ 月 □ 日

江南市長

申請者 氏名 江南 藤花

江南市風しんワクチン接種費用助成償還払請求書

江南市長

令和〇年 △ 月 □ 日

請求者(ワクチンを受けた人)

「江南市風しんワクチン接種費用助成申請書」の申請者と同じ

住所 〒483-8157

江南市北山町西 300 番地

氏名 江南 藤花

江南市風しんワクチン接種事業実施要綱第9条の規定に基づき、下記のとおり請求します。

記

医療機関へ支払った金額	6,000 円
助成額	3,000 円
請求金額	3,000円

口座振替依頼 上記請求金額を下記金融機関へお振り込みください。

通帳などで確認のうえ、間違いのないように記入してください。誤りがある場合お支払することができません。

金融機関名	預金の種類	口座番号	フリガナ 口座名義
〇〇 銀行 本店 信用金庫 △△ 支店 農業協同組合	普通 当座	1234567	コウナン タロウ 江南 太郎