

## 様式第1号（第4条関係）

年 月 日

太宰府市長 殿

申請・請求者 住 所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

## 太宰府市風しん任意予防接種助成金交付申請書兼請求書

下記のとおり、風しんワクチン、MR ワクチン接種費用を支払いましたので、必要書類を添えて接種費用を申請及び請求いたします。

なお、申請内容について市が保有する個人情報について閲覧・調査すること及び医療機関に問い合わせることに同意いたします。

申請区分（いずれかを○で囲んでください。）				
1. 妊娠を予定または希望している女性 2. 妊娠希望者及び妊婦の配偶者（パートナーを含む。） 3. 妊婦希望者及び妊婦の同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など）				
被接種者 氏名		生年月日	年 月 日	
被接種者 住所	太宰府市			
接種医療機関名 (電話番号)	(Tel ーーー)	接種年月日	年 月 日	
予防接種の種類（□にチェックしてください。）		接種費用	限度額	申請額
<input type="checkbox"/> 風しんワクチン <input type="checkbox"/> MRワクチン		円	10,000 円	¥ 円
次の金融機関の口座に振り込んでください。 ※通帳確認のうえ、記入してください。				
金融機関名	銀行 支店 農協 出張所			
口座番号等	店番（ ） 普通・当座 No.			
フリガナ				
口座名義人				
添付書類 (申請に必要なもの)	<input type="checkbox"/> 被接種者の風しん抗体検査の結果票及び予防接種履歴が確認できる書類（母子健康手帳など） <input type="checkbox"/> 対象予防接種に要した費用が確認できる書類（領収書など） <input type="checkbox"/> 対象予防接種を受けた日が確認できる書類（予診票の写しなど） <input type="checkbox"/> 妊娠希望者及び妊婦の配偶者、パートナー、同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など）が接種する場合は、当該妊娠希望者及び妊婦の風しん抗体検査の結果票 <input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める書類			