

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4年 4 月 10 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	平成 4 年 4 月 2 日 (30 歳)	
	住所	江南市北野町川石 25-11	
	接種年月日	令和 4 年 4 月 5 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	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"/> 全額助成		<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	江南市北野町川石 25-11	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4年 4月 10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4年 4 月 20 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 〒483-8177

江南市北野町川石25-11

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
江南 銀行 本店 信用金庫 古知野 支店 農業協同組合	普通 当座	1234567	コウナン タロウ 江南 太郎

※請求者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任状に記名・押印してください。

私は、上記口座名義人に風しんワクチン接種費用助成償還払金の受取りを委任します。

令和4年 4月 20 日 申出者氏名 江南 藤花 印