

様式第1号(第5条、第7条関係)

江南市風しんワクチン接種費用助成申請書

江南市長

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		電話番号
	氏名		
	生年月日	年 月 日 (歳)	
	住所		
	接種年月日	年 月 日	
	医療機関名		電話()

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

対象区分	<input 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	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	円

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄にご記入ください)		
氏名		申請者との関係	
住所		電話番号	

(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

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。
年 月 日

江南市長

申請者 氏名

様式第5号（第9条関係）

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

年 月 日

請求者(ワクチンを受けた人)

住所 〒

氏名

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	円
助成額	円
請求金額	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。

金融機関名	預金の種類	口座番号	フリガナ 口座名義
銀行 本店 信用金庫 支店 農業協同組合	普通 当座		