第１号様式（第５条）

木更津市風しんワクチン等任意接種費用助成申請書

* 年　〇　月　×　日

木更津市長　　渡辺　　様

風しんワクチン等接種費用の助成を受けたいので、木更津市風しんワクチン等任意接種費用助成要綱第５条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名  （被接種者） | | 木更津　　太郎　　　　㊞  **木更津**  本人の自筆署名の場合は押印不要 | | | 生年月日 | | 平成　元年　1月　1日 |
| 住　　所 | | 木更津市　　　　朝日3丁目10-19  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　○○○-●●●●-××××  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（平日昼間の連絡先）　○○○-××××-△△△△ | | | | | | |
| 申請額 | | 4,500　　　　円 | | | | | | |
| ワクチン名  ☑を付けてください。 | | * 風しんワクチン　　　☑　麻しん風しん混合ワクチン   **接種費用の2分の1の額**  **上限：　風しん3,500円**  **麻しん風しん混合5,000円** | | | | | | |
| 同意書  風しんワクチン等接種費用の支給要件の確認のため、木更津市が保有する公簿等により、  私の住民基本台帳の記載事項について、担当職員が調査することに同意します。  　　氏名　　　木更津　　太郎　　㊞  **木更津**  本人の自筆署名の場合は押印不要 | | | | | | | | |
| 振込先口座 | 金融機関名 | 千葉　　　　　　　銀行・信用金庫  　　　　　　　　　　信用組合・農協 | | | | 朝日　　　　　本店・支店  　　　　　　出張所 | | |
| 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 | 0123456 | | | | |
| フリガナ | キサラヅ　　　　　タロウ | | | | | | |
| 口座名義人 | 木更津　　太郎  申請者と口座名義人は  同一の方で記入ください。  申請者以外の名義にする  場合は委任状が必要です。 | | | | | | |

添付書類

１　住民票の写し（上記同意書がある場合は、不要です。）

２　千葉県が実施する風しん抗体検査の結果、抗体価が低い（ＥＩＡ（ＩｇＧ）法で８．０未満またはHI法で32倍未満）ことがわかる書類（風しん抗体検査申込票　「本人検査結果」）または、妊婦健診時の抗体検査結果のわかるもの

３　領収書（対象のワクチン接種とわかるもの）

４　申請者（被接種者）と口座名義人が異なる場合は、委任状