

第1号様式（第4条関係）

四日市市風しんの追加的対策にかかわる医療機関等受診費用補助金申請書兼請求書

年 月 日

四日市市長

申請者 住所

(受診者) 名前 印

(生年月日 S 年 月 日)
電話番号

次のとおり四日市市風しんの追加的対策にかかわる医療機関等受診費用補助金の交付を受けたいので、四日市市風しんの追加的対策にかかわる医療機関等受診費用補助金規則第4条の規定により申請します。この申請に関し、住所要件、受診状況等の必要事項を調査することを承諾します。また、補助金の交付決定後はその決定額を下記のとおり請求します。

記

風しん抗体検査結果 (HI 法に換算)		倍	(区分) ①8未満 ②8 ③16 ④32以上	
	受診日 (接種日)	受診した医療機関に 支払った額	交付を受けようとする 補助金の申請額	※ 補助金交付決定額 (記入しないでください)
風しん抗体検査	年 月 日	円	円	円
麻疹風しん混合 ワクチン予防接種	年 月 日	円	円	円
合 計		円	円	円
振込先 (金融機関名)		口座番号		口座名義人 (フリガナ)
銀行 信用金庫 農協	支店 支所 出張所	当座 ・ 普通		()
ゆうちょ銀行 店		記号..... 番号.....		()

- (注) 1. 申請者及び太枠の欄に記入してください。申請には、受診医療機関発行の領収書（コピー不可）、風しん抗体検査結果のコピー（受診結果が記載され、医師の署名及び押印のあるもの）を必ずご持参ください。
2. 振込先は申請者(受診者)の名義のものにしてください。申請者と口座名義人が異なる場合は委任状が必要になります。
3. 申請者の記載に当たっては、申請者の署名又は記名押印をしてください。

窓口 健康福祉部 健康づくり課
電話 059-354-8282