

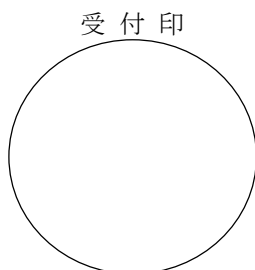
(様式第1号)

堺市風しん予防接種費用補助金交付申請書兼実績報告書

堺市長 殿

年 月 日

風しん予防接種費用の補助金について、下記のとおり関係書類を添えて申請および報告いたします。



申請者	住所	
	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	電話番号	()

☐ 私（申請者）は標記補助金の申請条件を満たす事を確認する事に同意します。

☐ 申請者と被接種者が同じ場合はチェックし、被接種者欄の記入は不要です。

被接種者	ふりがな		電話番号	— —	
	氏名				
	住所	〒 — 堺市 区			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日			
接種を受けた医療機関		医療機関名			
		所在地			
接種日		年 月 日			
接種を受けたワクチンの種類 いずれかに☑		☐ 麻しん風しん混合（MR）ワクチン 上限額 8,746円 ☐ 風しん単抗原ワクチン 上限額 5,787円			

接種費用（A）	被接種者が医療機関で支払った額			,				円
自己負担額（B）	被接種者にご負担いただく額		1	,	0	0	0	円
差額（C）	A - B = C			,				円
申請額（助成額）	Cが上限額未満の場合、Cの額							円
	Cが上限額以上の場合、上限額							

申請時に必要な添付書類

- ☐ 接種した方の本人確認ができるものの写し（運転免許証など）
 - ☐ 風しん抗体検査の結果が確認できるものの写し（氏名、検査日、検査の種類、結果数値のわかるもの）
 - ☐ 接種したワクチンにかかる領収書の原本
- （被接種者氏名、接種年月日、接種ワクチン名が記載されていない場合は接種済み証など、接種したことが分かる書類も添付してください。）
- ☐ 助成金振込先口座の通帳等の写し（金融機関、支店名、口座名義、口座番号の分かる部分）