

西尾市風しん抗体検査及び予防接種助成事業申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 西尾市長

〒 -

住所 西尾市

申請者

氏名

(口座名義人と同じ)

電話番号

風しん抗体検査及び予防接種費用を請求します。
 なお、西尾市長が本請求に係る事務に必要な住民基本台帳等の閲覧を承諾します。

検査・接種を受けた方	フリガナ			性別	男・女
	氏名				
	生年月日	年 月 日 (歳)			
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
		<input type="checkbox"/> 申請者と異なる 〒 - 西尾市			
	該当要件 <small>(該当するところに○を付けてください。)</small>	1. 愛知県抗体検査事業の助成を受けた女性 2. 妊娠を予定/希望する女性(1.に該当する方を除く) 3. 妊娠を予定/希望する女性の夫 4. 妊娠を予定/希望する女性と同居している者 5. 妊娠中の女性の夫 6. 妊娠中の女性と同居している者			
	助成歴	今までに市の助成を受けたことがありますか。	はい・いいえ		
	妊娠の有無	あなたは、妊娠中の女性ですか。	はい・いいえ		
風しん罹患歴の有無	あなたは、風しんにかかったことがありますか。	はい・いいえ			
区分	一般・非課税世帯・生活保護世帯・その他				
振込先	金融機関名	銀行・信金 組合・信組			店
	預金種別	普通	口座番号		
		当座			
	(フリガナ)				
口座名義人					

※太枠内を記入してください。

○検査・接種明細

	抗体検査費	予防接種費	受付印
検査・接種場所			
検査・接種年月日	年 月 日	年 月 日	
支払金額	円	円	
請求額	円	円	
添付書類	領収書、抗体検査の結果	領収書、予診票の写し、 抗体検査の結果	

○市処理欄

支給額決定日	年 月 日
支給決定額	円

○本人確認

1点	免許証・パスポート・個人カード 住基カード・身障手帳・在留カード
2点	保険証・年金手帳・その他 ()