

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

西尾市長宛

〒

住所

申請者

氏名

印

(検査・予防接種を受けた方)

電話

風しん抗体検査及び予防接種費用を請求します。

なお、私は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・ 予防接種 を受けた方	住所	西尾市		
	フリガナ 氏名		性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 ( 歳)		
	該当要件	以下の該当するところに○を付けてください。 1. 出産経験がなく、愛知県抗体検査事業の助成を受けた女性 2. 妊娠を予定又は希望する上記以外の女性 3. 妊娠を予定又は希望する女性の夫 4. 妊娠している女性の夫 5. 上記1、2又は妊娠している女性と同居の方		
	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 信用金庫 農協 店		
	預金種別	普通	フリガナ ( )	
		当座	口座名義人 (申請者と同一)	
口座番号				

○検査・予防接種明細

項目	抗体検査費	接種費	備考
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

決定年月日	
支給決定額	円

受付印