

# 記入例

様式第1号

所沢市妊娠を希望する女性等に対する風しん任意予防接種接種料助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(※) 申請者の  
 ・住所  
 ・氏名  
 ・連絡先（日中連絡の取れる番号）  
 をご記入ください。  
**押印は不要です。**

住所 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 所沢 一郎

記載内容を訂正する場合は訂正印を押してください。

**※請求金額欄は訂正できません。**

所沢市妊娠を希望する女性等に対する風しん任意予防接種接種料助成金交付申請書兼請求書とおりに申請します。また、助成要件確認のため、本市指定の医療機関等に照会することに同意します。

規定により、次のとおり申請し、及び予防接種を受けた医療機関等に照会することに同意します。

対象者	区分	1 妊娠を希望する16歳以上50歳未満の女性 <b>2 妊娠を希望する16歳以上50歳未満の女性の同居者</b> 3 風しん抗体価が低いと判明している妊婦の同居者
	氏名	所沢 一郎
	生年月日	年 月 日
※ 区分2の場合 当該妊娠を希望する 16歳以上50歳未満 の女性	氏名	所沢 花子
	生年月日	年 月 日
※ 区分3の場合 当該妊婦の抗体価が低いと判明している妊婦	氏名	妻
	生年月日	年 月 日
接種年月日		
予防接種接種料	9,500	円
請求金額	3,000	円
振込先 (どちらかを選択)	<input type="checkbox"/> 私は、別に添付した通帳等の写しの口座への振込みを希望します。 (振込先の金融機関名、支店名・出張所名、預金種目、口座番号及び口座名義(カタカナ)が分かる通帳等の写しを添付してください。)  <input type="checkbox"/> 私は、前回申請した所沢市妊娠を希望する女性等に対する風しん任意予防接種接種料助成金について交付を受けた口座への振込みを希望します。	

申請者、対象者、口座名義人は原則同一の方になります。

請求金額の上限は**3,000円**です。  
 接種料が3,000円より低い場合は、  
 接種料をご記入下さい。

**どちらかに✓をしてください**

- 初めて申請をする場合は、通帳等の写しを添付してください。
- 2年以内に本助成金申請をしていて、同口座への振込みを希望する場合は、添付不要です。(申請者が同じ場合に限る)

書類又はその写し  
 書類又はその写しに当該事実の記載がある場