

年 月 日

近江八幡市長 宛

〒
（申請者）住 所 近江八幡市

氏 名

（被接種者との続柄 ）

電話番号

近江八幡市麻しん風しん（第 1 期）に係る任意接種費用助成申請書

近江八幡市麻しん風しん（第 1 期）任意接種に係る接種費用の助成に関する要綱第 4 条の規定により、次のとおり申請します。

助成対象者 （被接種者）	フリガナ			生年 月日	年 月 日	
	氏 名					
	現 住 所		☐ 申請者と同じ	〒		
	接種時点の住所		☐ 現住所と同じ	〒		
	ワクチンの種類		麻しん風しん混合ワクチン			
	接 種 日		年 月 日			
	接 種 費 用		円			
	助成申請額		円 ※接種費用の実費（上限 10,600円）			
	接種 医療機関	名 称				
住 所						

私が受領する任意接種費用の助成金については、下記口座へ振込を依頼します。

振込先 口座	金 融 機 関 名	銀 行 信用金庫 農 協	本 店 支 店 出張所 代理店
	預 金 種 別	普通 ・ 当座	
	口 座 番 号		
	フリガナ		
	口 座 名 義 人		

※振込先は、申請者名義の口座に限ります。

【誓約・同意事項】※該当する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、近江八幡市が必要と認めるときは、調査を行うことに同意しますか。	☐ はい ☐ いいえ
この申請書を近江八幡市において支給決定をした後は、任意接種費用の請求書として取扱うことに同意しますか。	☐ はい ☐ いいえ
本申請分の麻しん風しん（第1期）に係る任意接種費用について他の自治体から費用の助成を受けたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
提出に必要な書類を紛失している場合、接種医療機関に再発行等の可否について問い合わせを行いましたか。	☐ はい ☐ いいえ
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給した助成金を返還することに同意しますか。	☐ はい ☐ いいえ

【提出書類】

- ☐ 申請者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し（申請時の住所記載のマイナンバーカード、運転免許証、健康保険証（両面）等のいずれかひとつ）
 - ☐ 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）
 - ☐ 接種費用の支払いを証明する書類（領収書及び明細書、支払証明書等）※原本に限ります。
 - ☐ 接種記録が確認できる書類（母子健康手帳「予防接種の記録」欄の写し等）
- ※ 必要書類が不足している等の場合には、追加の書類の提出を求めることがあります。