

宇治市風しん予防接種助成金請求書

年 月 日

宇治市長 宛

(請求者)

住 所 宇治市

氏 名

電話番号

風しん予防接種を受けましたので、住民基本台帳を閲覧することに同意し、下記のとおり請求します。

請求金額

(訂正印不可)

円

※請求金額は、接種金額の3分の2で、百円未満は切り捨てとなります。ただし、市町村民税非課税世帯、生活保護受給者、中国残留邦人等支援給付受給者は接種金額と同額となります。

被接種者氏名	生年月日	年 月 日
※請求者が妊婦の同居者等の場合に記入してください。	※(妊婦の氏名)	※請求者との続柄
接種年月日	医療機関名	接種金額
年 月 日		円

▼ 振込金融機関

金融機関名	銀行 信金	労金 農協	本店 支店
種 目	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
*口座名義人	フリガナ	氏 名	

*「口座名義人」欄に、「請求者」以外を記入された場合は、裏面の委任状を記入してください。

▼ 同意欄 ... 次のいずれかに該当する場合に記入してください。

次に該当する場合は、いずれかに○をしてください。	市民税非課税世帯 ・ 生活保護受給者 ・ 中国残留邦人等支援給付受給者
風しん予防接種費用の助成を受けるに際して、市民税課税状況、生活保護受給状況、中国残留邦人等支援給付受給状況について、関係各課で閲覧することに同意します。	
(請求者)	
氏 名	_____ (印)
(世帯員)	※請求者と異なる場合は記入
氏 名	_____ (印) 住 所 請求者と同じ・
	_____ (印) 請求者と同じ・
	_____ (印) 請求者と同じ・
	_____ (印) 請求者と同じ・

※請求者は被接種者であること。
 ※被接種者名・予防接種名・接種金額・接種日・医療機関名が明記された領収書(原本)を添付してください。
 ※抗体検査等により、抗体価が低いことがわかる書類を添付してください。
 ※妊婦の同居者の場合は、妊婦の抗体価が低いことがわかる書類も添付してください。
 ※上記に同意いただけない場合は、世帯全員の住民票、非課税証明書、生活保護受給証明書、中国残留邦人等支援給付受給証明書を添付してください。

..... 市 記 入 欄

対象者 区分	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性	全額助成 対象者	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯
	<input type="checkbox"/> 妊娠をしている女性の同居者		<input type="checkbox"/> 生活保護受給者
			<input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付受給者

支給決定額	円	確認印	申請No.
-------	---	-----	-------

▼委任状 ※表面「口座名義人」欄に、「請求者」以外を記入された場合は、下記委任状を記入してください。

委 任 状

私は、表面口座名義人に風しん予防接種費用の受領を委任します。

委任者(請求者) 氏名		印
受領者住所		
	(方書)	
受領者氏名		印

記入例

宇治市風しん予防接種助成金請求書

年 月 日

宇治市長 宛

(請求者)

住所 宇治市 **宇治琵琶33番地**

請求者 = 被接種者

氏名 **宇治 太郎**

電話番号 **0774-22-3141**

風しん予防接種を受けましたので、住民基本台帳を閲覧することに同意し、下記のとおり請求します。

請求金額

**右記を参考にしてください。
請求金額の訂正はできませんので
ご注意ください。**

円

※請求金額は、接種金額の3分の2で、百円未満は切り捨てとなります。ただし、市町村民税非課税世帯、生活保護受給者、中国残留邦人等支援給付受給者は接種金額と同額となります。

被接種者氏名	宇治 太郎	生年月日	〇〇年 〇月 〇日
※請求者が妊婦の同居者等の場合に記入してください。	※(妊婦の氏名) 宇治 花子	※請求者との続柄	妻
接種年月日	医療機関名		接種金額
〇〇年 〇月 〇日	〇〇〇 病院		〇〇, 〇〇〇 円

▼ 振込金融機関

金融機関名	〇〇〇	銀行 信金	労金 農協	〇〇〇	本店 支店
種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	〇	〇	〇
*口座名義人	フリガナ	ウジ ハナコ			
	氏名	宇治 花子			

*「口座名義人」欄に、「請求者」以外を記入された場合は、裏面の委任状を記入してください。

▼ 同意欄 … 次のいずれかに該当する場合に記入してください。

次に該当する場合は、いずれかに○をしてください。

市民税非課税世帯 ・ 生活保護受給者 ・ 中国残留邦人等支援給付受給者

風しん予防接種費用の助成を受けるに際して、市民税課税状況、生活保護受給状況、中国残留邦人等支援給付受給状況について、関係各課で閲覧することに同意します。

(請求者) 氏名 **宇治 太郎** **FD**

(世帯員) 氏名 **宇治 花子** **FD** 住所 **請求者と同じ**

※請求者と異なる場合は記入
請求者と同じ・
請求者と同じ・
請求者と同じ・

上記の全額助成対象に該当する場合のみ記入してください。

※請求者は被接種者であること。

※被接種者名・予防接種名・接種金額・接種日・医療機関名が明記された領収書(原本)を添付してください。

※抗体検査等により、抗体価が低いことがわかる書類を添付してください。

※妊婦の同居者の場合は、妊婦の抗体価が低いことがわかる書類も添付してください。

※上記に同意いただけない場合は、世帯全員の住民票、非課税証明書、生活保護受給証明書、中国残留邦人等支援給付受給証明

市記入欄

対象者区分	妊娠を希望する女性	全額助成対象者	市町村民税非課税世帯
	妊娠をしている女性の同居者		生活保護受給者
			中国残留邦人等支援給付受給者

支給決定額	円	確認印	申請No.
-------	---	-----	-------

記入しないでください。

▼委任状 ※表面「口座名義人」欄に、「請求者」以外を記入された場合は、下記委任状を記入してください。

委任状

口座名義人が請求者でない
場合のみ記入してください。

私は、表面口座名義人に風しん予防接種費用の受領を委任します。

委任者(請求者) 氏名	宇治 太郎	㊞
受領者住所	宇治市宇治琵琶33番地	
	(方書)	
受領者氏名	宇治 花子	㊞