

様式第1 (第7条関係)

岩倉市風しんワクチン接種助成償還払申請書

年 月 日

岩 倉 市 長 殿

申 請 者

住 所

氏 名

(続柄 )

電話番号

岩倉市風しんワクチン接種助成事業実施要綱第7条の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、申請内容について、市が保有する個人情報調査、照会、閲覧すること及び医療機関等に問い合わせることに同意し、風しんワクチン及び麻しん・風しん混合ワクチンの予防接種については、自らの意思で行うものであり、接種後、副反応その他健康被害が生じた場合は、自ら独立行政法人医薬品医療機器総合機構に申請手続きを行うものであります。

下記区分のうちいずれか該当するものに ○ をつけてください。

補助区分	<input type="checkbox"/> 一部助成
	<input type="checkbox"/> 全額助成 ・生活保護受給世帯 ・市民税非課税世帯 ・その他

被接種者の氏名 及び生年月日	予防接種の種類	医療機関での 支払額	うち請求額 (助成及び免除額)
年 月 日 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合ワクチン 接種日： 年 月 日 (接種医療機関名 )	円	円
請 求 額		円	

同 意 書

岩倉市風しんワクチン接種助成事業実施要綱第2条及び第5条（全額助成対象者のみ）に該当していることを確認するため、被接種者及びその世帯の課税状況並びに住民基本台帳等の調査、照会、閲覧について同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_