

様式第1 (第4条関係)

岩倉市おたふくかぜワクチン予防接種費用助成申請書兼代理受領委任状

年 月 日

岩 倉 市 長 殿

申請者 (保護者) 住 所

氏 名 (続柄)

電話番号

岩倉市おたふくかぜワクチン予防接種費用助成事業実施要綱第4条第1項の規定に基づき、次のとおり申請します。

被接種者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日 (歳 か月)
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
接 種 年 月 日	年 月 日			
接種日時時点で、岩倉市に住民登録がありますか。		はい ・ いいえ		

同 意 書

- 1 岩倉市おたふくかぜワクチン予防接種費用助成事業実施要綱第2条第1項各号に掲げる要件に該当していることを確認するため、住民基本台帳等の調査、照会及び閲覧について同意します。
- 2 おたふくかぜワクチン予防接種について、任意予防接種のため、万一健康被害が生じた場合、医薬品副作用被害救済制度の適用となることについて説明を受け、十分理解した上で接種することに同意します。

保護者 氏名 _____

※被接種者が接種日時時点で岩倉市に住民登録がない場合は、この申請をすることができません。

※予防接種時に、助成の対象であることを示す書類（健康保険証、母子健康手帳など）を医療機関に提示してください。

なお、岩倉市おたふくかぜワクチン予防接種費用助成事業実施要綱第4条第1項の規定に基づき、助成金の請求、受領に係る権限を次の者に委任します。

医療機関名

代表者名

様式第2（第4条関係）

岩倉市おたふくかぜワクチン予防接種費用助成請求書

岩倉市おたふくかぜワクチン予防接種費用助成事業実施要綱第4条第3項の規定に基づき、
年 月分の助成金を下記のとおり関係書類を添えて請求します。

記

1 請求金額 金 円
内訳 円 × 人 = 円

2 添付書類

- (1) 岩倉市おたふくかぜワクチン予防接種者名簿（様式第3）
- (2) 岩倉市おたふくかぜワクチン予防接種費用助成申請書兼代理受領委任状（様式第1）

年 月 日

岩倉市長 殿

医療機関住所
医療機関名
代表者名

振込先

金融機関名及び支店名	預金種類	口座番号	口座名義
			フリガナ

様式第3（第4条関係）

岩倉市おたふくかぜワクチン予防接種者名簿（ 月分）

下記の者は、当院でおたふくかぜワクチン予防接種費用助成事業を利用し、接種しましたので報告します。

医療機関名

枚目/ 枚中

№	接種日	フリガナ 氏名	生年月日
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

様式第4（第5条関係）

岩倉市おたふくかぜ予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

岩 倉 市 長 殿

申請者（保護者）住 所
氏 名 (続柄)
電話番号

岩倉市おたふくかぜワクチン予防接種費用助成事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき、次のとおり申請（請求）します。

申請（請求）金額	金 円		
被接種者氏名 <small>フリガナ</small>	生年月日	年 月 日	(歳 か月)
接種年月日	年 月 日		
接種医療機関名			

上記、申請（請求）金額を下記の口座に振り込んでください。

金融機関名及び支店名	預金種類	口座番号	口座名義
支店			フリガナ

(注) 口座名義人は、申請者としてください。

同意書

岩倉市おたふくかぜワクチン予防接種費用助成事業実施要綱第2条第1項各号に掲げる要件に該当していることを確認するため、住民基本台帳等の調査、照会及び閲覧について同意します。

申請者（保護者）氏名

添付書類：住所地を証明する書類（同意書に署名した場合は、添付不要）
予防接種を受けたことが確認できる書類の写し
予防接種に係る接種医療機関発行の領収書

様式第5（第5条関係）

第 年 月 日
年 月 日

様

岩倉市長

岩倉市おたふくかぜワクチン予防接種費用助成金支給決定通知書

年 月 日付けで申請のありました岩倉市おたふくかぜワクチン予防接種費用助成金については、下記のとおり支給を決定しましたので通知します。

記

支給決定額 金 円

様式第6（第5条関係）

第 年 月 日
号

様

岩倉市長

岩倉市おたふくかぜワクチン予防接種費用助成却下通知書

年 月 日付けで申請のありました岩倉市おたふくかぜワクチン予防接種費用助成金については、下記のとおり却下しましたので通知します。

記

却下の理由	
-------	--