

様式第 1 号（第 5 条関係）

吉見町風しんの追加的対策に係る抗体検査及び第 5 期の定期予防接種助成金
交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）吉 見 町 長

申請者（対象者）
住 所
氏 名 ⑩
電話番号

吉見町風しんの追加的対策に係る抗体検査及び第 5 期の定期予防接種助成金交付要綱第 5 条の規定により、
関係書類を添えて助成金の交付を申請します。

なお、この申請に関して必要がある場合は、吉見町が住民基本台帳について調査すること、受診医療機関に
確認を行うことに同意します。また、この申請が認められたときは、その助成金を次の振込先に振り込むこと
を依頼します。

■対象者

（ふりがな） 対象者氏名	
住 所	埼玉県比企郡吉見町
生年月日	年 月 日生 （ 歳）

■申請（請求）金額

内 容	医 療 機 関 名	実 施 日	自己負担額	基準額	申請額
抗体検査		年 月 日	円	円	円
予防接種		年 月 日	円	円	円
予診のみ		年 月 日	円	円	円
合 計			円	円	円

■振込先（※対象者本人名義）

金融機関名	銀行・農協 金庫・組合	本店・支店 出張所	預金種別	普通・当座
（フリガナ） 口座名義人		口座番号		

※添付書類

- ①抗体検査及び予防接種を受診した医療機関等が発行した領収書の原本
- ②抗体検査結果票、予防接種済証等の受診した結果が分かるもの
- ③無料クーポン券
- ④助成金の振込を希望する金融機関の口座名義及び口座番号が分かるものの写し

※交付申請額は、風しんの抗体検査費用については国の定める基準額を上限とする。予防接種費用及び予診の
みの費用については吉見町が定める予防接種委託料基準額を上限とする。また、助成金の額は、自己負担額
と基準額を比較して、いずれか少ない額とする。