

大分市風しんに係る抗体検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大分市長 殿

助成金の交付を受けたいので、大分市風しんに係る抗体検査費及び予防接種費助成事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請し、決定した場合は、当該助成金を請求します。

申請者住所			
フリガナ			
申請者氏名	⑩		
申請者生年月日	年 月 日	受検者との続柄	
電話番号			
受検者住所			
フリガナ			
受検者氏名			
受検者生年月日	年 月 日	妊娠を希望する女性又は妊娠中の女性との続柄	
助成対象者の区分 (該当する区分に○を記入してください。)	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性…① <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性又は妊娠中の女性の配偶者…② <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性又は妊娠中の女性と生活空間を同一にする頻度が高い者…③		
妊娠を希望する女性(上欄で②、③に該当する場合に記入してください。)	氏 名		生年月日
	(フリガナ)		年 月 日
助成区分	抗体検査 6,790円(上限額)		
申請金額	円		

検査医療機関名	
---------	--

《振込先口座》

金融機関名	銀行・農協	支 店 名	本店
	信用金庫		支店
	信用組合・労働金庫		出張所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

*助成金決定額 (市が記入します。)	円
-----------------------	---