

(第1号様式)

船橋市風しん予防接種費用助成申請書



(宛先) 船橋市長

【申請日】 西暦 2023 年 4 月 30 日

下記のとおり風しん予防接種費用助成について申請します。

なお、申請者氏名と口座名義人が異なる場合は受領を口座名義人に委任します。また、申請内容について市が保有する個人情報を閲覧・調査すること及び医療機関に問い合わせることに同意します。

※消えるボールペン及び修正テープの使用は不可

※予防接種を受けた時に船橋市に住民票がある方のみ

Application form for Hib vaccination fee subsidy. Fields include: Name (船橋 太郎), Birthdate (1988年5月10日), Address (船橋市 北本町1-16-55), Telephone (047(409)3836), and Eligibility criteria (pregnant women, antibody levels, etc.).

(※1) 婚姻の届け出をしていないが、事実上婚姻関係にある方を含まず。

Form for vaccination details. Fields include: Medical institution (船橋健康クリニック), Vaccination date (2023年4月10日), Vaccine type (MR), Amount (10,000円), and Subsidy limit (6,700円).

Form for bank transfer details. Fields include: Bank name (菜の花), Branch (カザグルマ), Account number (00021111234567), and Account type (普通).

Table listing required documents: 1. Application form (必須), 2. Medical institution receipt (必須), 3. Vaccination result (必須), 4. Old name certificate (該当する方のみ).

【申請方法】 上記必要書類を健康づくり課まで持参又は郵送してください。

【申請期限】 令和6年3月31日(必着)

※予防接種後2年以内のものに限る

※申請内容を確認後、2か月以内を目安に助成金を振込みます。

【郵送先・問い合わせ先】

〒273-8506 船橋市北本町1-16-55 船橋市健康部 健康づくり課 予防接種係 TEL 047-409-3836

【市担当者記入欄】

Field for payment amount: 交付決定額

円

← こちらは記入しないでください。