

（表）

風しん（成人）予防接種費用助成金交付申請書兼請求書（償還払い用）

桜川市長 様

風しん（成人）予防接種を受けたので、桜川市風しん（成人）予防接種費用助成事業実施要項附則第2項の規定により、下記のとおり申請します。申請に係る審査に必要があるときは、世帯の住民票及び健康管理台帳等を確認し、並びに予防接種の実施を確認できない場合は、医療機関に市職員が確認することに同意します。

年 月 日

申請者 住 所 桜川市 _____

氏 名 _____ ㊞

電話番号 _____

フリガナ				生年月日			
被接種者氏名				年 月 日			
住 所	〒 _____ 桜川市						
申請区分 *該当区分☑チェック	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望している女性						
	<input type="checkbox"/> 妊娠中又は妊娠を希望している女性の夫						
	妊婦又は妊娠を希望する者の氏名			出産予定日			
				年 月 日			
接種日	年 月 日			医療機関			
請求内容 *該当区分☑チェック	<input type="checkbox"/> 風しん単抗原ワクチン						
	<input type="checkbox"/> MR（麻しん風しん混合）ワクチン						
請求金額	円 *市が記入欄						

指定振込口座	金融機関名	銀行・信金・農協		支店・支所 *ゆうちょ銀行 店名
	口座種別	普通・当座・その他	口座番号	
	口座名義	フリガナ		

- *申請に必要なもの ①桜川市風しん（成人）予防接種費用助成金交付申請書兼請求書（償還払い用）
 ②医療機関の領収書（原本）または接種済証（接種者、接種日等が確認できる書類）
 ③印鑑（シャチハタ印不可） ④振込を希望する通帳写し

(裏)

領収書（原本） または、接種済証貼付欄

申請受付日		申請受付者	
-------	--	-------	--

*領収書原本や接種済証が添付できない場合

医療機関確認日		医療機関担当者	
		市確認者	