

倉吉市風しんワクチン接種費用助成金請求書

(宛先)

倉吉市長

次のとおり予防接種を受けましたので、倉吉市風しんワクチン接種費用助成金を請求します。また、助成金の支給決定に当たり、住民登録状況を調査されることに同意します。

〒

住所

請求者

氏名

電話番号

請求金額	円
------	---

予防接種実施日	年 月 日	予防接種実施医療機関名
支払い金額	円	
被接種者	(ふりがな)	
	氏 名	
	住 所 (請求者と異なる場合記入)	
	生年月日	年 月 日 () 歳
助成区分 (該当する番号に○ をしてください。)	区分	
	1 妊娠を希望する女性のうち風しん抗体価の低い者 2 妊婦の配偶者 3 妊婦の同居者 4 妊娠を希望する女性の同居者のうち抗体価の低い者	1 麻しん風しん 混合ワクチン接種 2 風しんワクチン接種

※ 添付書類

- (1) 医療機関が発行する領収証書又はその写し
- (2) 風しん抗体価検査の結果、医師から抗体価が低くワクチン接種を勧められたことが確認できる書類（予防接種を受けた者が妊娠を希望する女性その同居者のうち風しん抗体価の低い者に該当するときに限る。）
- (3) 母子健康手帳その他助成対象者であることが分かるもの（予防接種を受けた者が妊娠している女性の配偶者、同居者に該当するときに限る。）

(宛先)

会計管理者

助成金は、次の口座に振り込んでください。

担当者 確認印

振込先	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通 ・ その他 ()	(ふりがな)	
	口座番号		口座名義人	