

様式第1号(第4条関係)

綾川町風しん含有ワクチン接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

(あて先) 綾川町長

(申請者) 住 所

氏 名

被接種者との続柄 本人・本人以外(.....)

電話番号

ワクチン接種費用について、次のとおり助成申請します。なお、審査にあたり必要な場合は、住民基本台帳により確認されることを承諾します。

被接種者	(ふりがな) 氏 名	Ⓜ	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住 所	綾川町	電話番号	
申請区分	該当する番号を○で囲んでください			
	1	妊娠を希望する女性で、抗体価が十分でない者		
	2	妊娠を希望する女性の配偶者等で、抗体価が十分でない者		
接種ワクチン名	該当する番号を○で囲んでください			
	1	麻しん風しん混合 (MR) ワクチン (上限 8,500 円)	2	風しん単独ワクチン (上限 5,500 円)
接種費用	円	申請額 (上限額と接種費用のいずれか少ない額)	円	
接種年月日	年 月 日	接種医療機関名		

上記の申請額を請求します。下記の口座に振込みを希望します。

振込先	金融機関名	銀行 農協 信用金庫	支店
	口座番号	預金種別 普通・当座・その他	
委任欄	(ふりがな) 口座名義人		
	委任欄 (振込先の口座名義人と被接種者が異なる場合は、被接種者の委任が必要です。必ず被接種者本人がご記入の上、被接種者の印と同じ印鑑をご捺印ください。) 上記の口座名義人に対して、風しん含有ワクチン接種に係る助成金の受領を委任します。 被接種者 印		

- 【添付書類】 (1) 風しん抗体検査結果票の写し (2) 振込預金通帳の写し
(3) 実施医療機関が発行した領収書