

風しん予防接種費用助成申請書 兼 請求書

令和 年 月 日

藍住町長

申請者

住 所 〒

ふりがな

氏 名

印

(被接種者との続柄：)

電話番号

次のとおり、予防接種費用の助成を申請します。

被接種者	ふりがな				生年月日	昭和・平成・令和		
	氏 名					年	月	日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ <input type="checkbox"/> その他 (〒)						
決定通知書 送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ <input type="checkbox"/> その他 → 送付先変更届が必要です							
振込先	金融機関名				銀行	本店		
					金庫	支店		
					農協	出張所		
	預金種別	普通 当座	口座番号					
	ふりがな							
	口座名義人							

(注) 振込先は、原則、本人(被接種者)の口座に限ります。

○抗体検査

検査日	令和 年 月 日
-----	----------

(注) 低抗体・陰性の証明書を添付すること

○予防接種

接種日	令和 年 月 日	
接種費用	円	
実施医療機関	所在地	
	名称	

(注) 接種済証等・領収書を添付すること

接種費用 合計金額	円	
交付決定 合計金額		円

交付決定額は、助成額は麻しん風しん混合ワクチンは5,000円を、風しん単独ワクチンは3,000円を上限とする。