

風しんワクチン接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

(あて先)大阪狭山市長

住 所

氏 名 ㊟

申請者 被接種者との続柄 本人・本人以外()

電 話 番 号 ()

ワクチン接種の費用について、次のとおり助成を申請します。

被 接 種 者	フリガナ	申請者と同じ		性 別	男・女
	氏 名		㊟		
	住 所	申請者と同じ	大阪狭山市		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)			
対 象 区 分	いずれかの番号を○でかこんでください	1. 妊娠を希望する女性で、抗体価が十分でない人 2. 妊娠を希望する女性の配偶者で、抗体価が十分でない人 3. 妊婦の配偶者で、抗体価が十分でない人 4. 妊娠を希望する女性の同居者で、抗体価が十分でない人 5. 妊婦の同居者で、抗体価が十分でない人			
ワクチン区分		1. 風しん単抗原ワクチン 2. 麻しん風しん混合(MR)ワクチン			
申 請 内 容	接 種 年 月 日		年 月 日		
	接 種 医 療 機 関 名				
	接種費用 ①	助成上限額 ②		申 請 額 (①と②を比較していずれか少ない方の額)	
	円	風しん単抗原 7,000 円 MR(麻しん・風しん混合) 10,500 円			円

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
	フリガナ						
	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。必ず被接種者ご本人がご記入の上、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						㊟

- 【添付書類】
- ・ 風しん(麻しん風しん)ワクチン接種済証
 - ・ ワクチン接種に係る医療機関の領収書