

# 風しんワクチン接種費用助成請求書

年 月 日

芦屋市長 宛

風しんワクチン接種に係る接種費用の助成を請求します。  
なお、助成金については下記の金融機関口座に振り込んでください。

〒

**【被接種者】** 住所：  
氏名：  
生年月日： 年 月 日  
電話： ( )  
メールアドレス： @

予防接種を受けた理由	<input type="checkbox"/>	妊娠を予定している又は妊娠を希望する女性（将来の妊娠を含む）		
	<input type="checkbox"/>	妊婦の同居家族	妊婦氏名（ ） □母子健康手帳確認	
接種状況	接種年月日	接種ワクチン	接種に要した費用	申請金額
	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 風しん	円	MR 5,000円 風しん 3,000円 生活保護 全額
接種医療機関名			住所	

### ◆振込先

振込口座	銀行 信用金庫 ( )		支店 出張所						
	1. 普通	2. 当座	3. 貯蓄	口座番号					
	フリガナ		口座名義人						

\* 以下は記入しないでください。 (処理日： . . )

住基  確認済  
添付書類 1  接種済証  予診票  その他 ( )  
2  領収書 (原本)

処理者	確認