

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	☐	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）			
	☐	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	
	令和 年 月 日	☐ MR ☐ 風しん	円	MR 2,500円 風しん 1,500円 生活保護 全額	円
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