

風しんワクチン接種費用助成請求書

令和 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。

請求者と振込口座名義人が異なる場合は、本請求について口座名義人を代理人とします。

【被接種者兼請求者】

住所：

氏名：

生年月日： 昭和
平成 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20歳以上の女性（将来の妊娠を含む）		
	<input type="checkbox"/>	妊婦の同居家族	妊婦氏名（ ） <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 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：令和 . .)

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