様式第2号

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、口座名義人を代理人とし、本請求に関する一切の権限を委任します。

〒　　－

【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：

※請求者と振込口座名義人が同一の場合は押印省略可

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20歳以上の女性（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 MR　2,500円 風しん　1,500円 生活保護　全額
	令和　年　月　日	□ MR □ 風しん	円	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