麻しん・風しん混合ワクチン等接種費用助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

摂津市長 様

申請者	<u>住</u>	所			
(請求者)					
	氏	名			
	電話	番号(	)	_	

次のとおり、麻しん・風しん混合ワクチン又は風しんワクチンの接種に係る費用の助成について申請します。なお、助成することと決定した場合は、助成金を次の口座に振り込んでいただきますよう請求します。

								17.14		, ,							
受 (i)	け た	チン こ人 る□に 事項を	の 区 <b>ノ</b> 印	を付	□ 1 □ 2 □ 3	妊娠 妊娠	を希して	望する望する	女性	生の							)
ください。)			妻 (2又	の 」 は30		名   (1)											
		・ン						,									
		トン 人の <u></u>							左	丰		月			日		
ワク	クチ	ン接種	重の種	重類		□麻	じん	·風し	ん	昆合			□原	臥しん	,		
接	種匠	医療	機関	名													
接	種	年	月	日			令和	]	左	丰		月			日		
助	成	申	請	額											円		
振込	金	融格	と 関	名				信	用金 用組 司組	.合						本支出引	店店
	預	金 0	) 種	類		普通	<b></b>	当儿	垒	•	その	の他	(			)	
口	П	座	番	号													
座	フ	IJ	ガ	ナ		•											
	口	座名	3 義	人													

## 添付書類

- (1) 医療機関の発行する麻しん・風しん混合ワクチン又は風しんワクチンの接種済証及び領収書
- (2) 風しん抗体検査結果報告書の写し
- (3) その他市長が必要と認める書類