

様式第1号

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 住所 _____
 (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、決定された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。

ワクチン接種を受けた人の区分 (該当する□に✓印を付け、必要事項を記入してください。)	<input type="checkbox"/> 1 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> 2 妊娠を希望する女性の配偶者(※事実婚を含む。) <input type="checkbox"/> 3 妊娠している女性の配偶者(※事実婚を含む。) <input type="checkbox"/> 4 妊娠を希望する女性の同居者 <input type="checkbox"/> 5 妊娠している女性の同居者		
	妊娠を希望する女性又は妊娠している女性の氏名等(2、3、4又は5の場合)	氏名	
		生年月日	年 月 日
		被接種者との続柄	
ワクチン接種を受けた人の氏名			
ワクチン接種を受けた人の生年月日	年 月 日		
ワクチン接種の種類	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合 <input type="checkbox"/> 風しん		
接種医療機関名			
接種年月日	令和 年 月 日		
助成申請額	円		
振込口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 本店 支店 出張所	
	預金の種類	普通 ・ 当座 ・ その他 ()	
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		

添付書類

- 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
- 風しん抗体検査結果報告書の写し
- その他市長が必要と認める書類