

風しん予防接種等費用助成申請（請求）書

年 月 日

浪江町長

申請者 住所 _____
氏名 _____ 印

風しん予防接種等費用助成について、下記のとおり請求します。

記

対象者氏名	男・女	生年月日	年 月 日
対象者住所	浪江町 (電話番号 _____)		
該当区分 (番号を○で囲む)	(1) 妊娠を希望する女性 (2) 妊娠を希望する女性の配偶者 (3) 妊娠している女性の配偶者		
予防接種等名 (番号を○で囲む)	(1) 風しん抗体検査 (2) 風しん単独ワクチン (3) 麻しん風しん混合ワクチン	検査・接種 年 月 日	年 月 日
助成金請求額 (医療機関に 支払った金額)	_____ 円		
振込口座	_____ 銀行・信用金庫・農協 _____ 支店(普通・当座) 口座番号 _____ フリガナ 名 義 人 _____		

(注1) 医療機関発行の領収書(原本)及び予診票(写し可)の添付が必要です。

(注2) 振込口座は、本人又は保護者の口座になります。