

風しん予防接種費助成交付申請書

年 月 日

光市長 様

申請者
住 所
氏 名
(被接種者との続柄)

光市風しん予防接種費助成要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

なお、私は、この申請に基づく助成金の交付決定にあたり、確認が必要なときは、光市が接種した医療機関に問い合わせること、及び住民基本台帳等の閲覧をすることに同意します。

被 接 種 者	ふりがな 氏名		男・女
	住所	〒	
	生年月日	年 月 日	
	電話番号		
	区 分	1 妊娠を希望する女性（妊娠していることが判明している者を除く。） 2 妊娠を希望する、又は妊娠している女性の配偶者（パートナーを含む。） 3 妊娠中の女性の同居者	
接 種 日	年 月 日		
接種したワクチン	風しんワクチン ・ 麻しん風しん混合ワクチン		
接種に要した費用	円		

本申請書と併せて、次の「1」と「2」又は医療機関が発行する「風しん予防接種確認書」（様式第2号）を提出してください。

- 1 医療機関等が発行した、風しん抗体検査の結果が確認できるもの（コピー可）
- 2 風しんの予防接種を受けた医療機関が発行した領収書（原本）

口座名義	支払金融機関		貯金種目
ふりがな	銀行	支店	当座・普通
	金庫	支所	口座番号
	協同組合	出張所	

※ここからは記入しないでください。

受付年月日	年 月 日	交付金額	円
-------	-------	------	---