

大人の風しん予防接種費用助成申請書

阿波市長 様

年 月 日

下記のとおり、大人の風しん予防接種費用の助成を申請します。

フリガナ		被接種者	
申請者		との続柄	
フリガナ		生年月日	年 月 日
被接種者			
住 所	〒 阿波市  (電話番号 - - )		
接種対象者 (□にチェック)	風しんウイルス抗体検査を受けた結果が陰性だった方であり、 <input type="checkbox"/> (1) 予防接種実施日に18歳以上57歳以下の方 <input type="checkbox"/> (2) 平成25年4月以降に妊娠届出のあった妊婦で、出産後6ヶ月以内の方		
予防接種種類 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン		
接種医療機関			
接 種 日	年 月 日	助成金額	円

振込先

金融機関名	銀行 農協 金庫		本店・支店 本所・支所					
預金種別	普通・当座	口座番号						
フリガナ								
口座名義								

必要書類

- 領収書の原本（風しんの予防接種が特定できるもの）
- 接種対象者(1)は、風しん抗体検査の結果が分かるもの
- 接種対象者(2)は、母子健康手帳の写し（風しん抗体検査の結果欄）
- 生活保護受給者の方は、生活保護受給証明書
- 委任状※代理申請を希望する場合
- 振込先の預・貯金通帳の写し（振込口座が分かる部分の写し）

受付年月日

--