

大田市風しん等予防ワクチン接種費助成申請書兼請求書

年 月 日

大田市長 様

申請者 住所 (〒 -) 大田市 町

氏名

(電話番号 - -)

風しん等予防ワクチン接種費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請（請求）します。

被 接 種 者	ふり 氏 名	(男・女)	
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (才)	
	申請区分	<input type="checkbox"/> 妊娠中の女性の配偶者及び同居家族 (妊婦の氏名) <input type="checkbox"/> 妊娠を希望している女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望している女性の配偶者及び同居の家族 (女性の氏名)	
接 種 医 療 機 関			
接 種 日	年 月 日		
予 防 接 種 の 種 類	① 風しんワクチン ② 麻しん風しん混合ワクチン (MR)		
予 防 接 種 金 額	円	申 請 額	円

【添付書類】

・領収書 ・接種済証 (妊婦の同居者の場合は母子健康手帳を提示)

交付が決定した場合は、次の口座へ振込んでください。(振込先は申請者又は被接種者)

金 融 機 関 名							
同 店 舗 名	本店・本所・支店・支所・出張所・代理店						
預 金 種 目	1 普通 2 当座 3 その他()						
口 座 番 号							
口 座 名 義 人	フリガナ						
	(氏名)						

同 意 書

風しん等予防ワクチン接種費助成決定のために、大田市が住民票及び世帯全員の課税状況・生活保護世帯該当の有無を確認し、並びに申請内容について医療機関に確認することに同意します。

申請者

<市役所使用欄>

受付	領収書	接種済証	通帳	母子手帳	医療機関	住基等	助成決定額 円