

別記様式（第4条関係）

珠洲市任意風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

珠 洲 市 長

申請者（兼）請求者（予防接種を受けた方）

住 所 珠洲市 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

生年月日 _____ 年 月 日 生

次のとおり任意風しん予防接種費用助成金の交付を受けたいので、領収書ほか関係書類を添えて申請します。

請求額 金 _____ 円

※ 請求額は、助成額又は支払った額のどちらか低い額となります。

予防接種日	年 月 日	
医療機関名		
支払った額	円	
ワクチンの種類 (どちらか○)	() 風しん単独ワクチン	助成額 3,000 円
	() 麻しん風しん混合ワクチン	助成額 5,000 円
振込先 (申請者名義)	金融機関名	銀行 信用金庫 支店
	口座種類	普通・当座
	口座番号	
	口座名義	フリガナ

【添付書類】

1. 領収書
2. 接種者名、接種内容、接種日、医療機関名が確認できる書類
3. 風しん抗体検査の結果又は医師が抗体不十分と認めた書類