

様式第1号(第4条関係)

丸亀市長 宛

年 月 日

〒

申請者住所

氏名

印

(被接種者との関係

)

TEL : \_\_\_\_\_

風しん予防接種費用助成申請書兼請求書

風しん予防接種費用助成を受けたいので、丸亀市風しん予防接種費用助成要綱第4条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請・請求します。  
なお、この申請にあたり、住民基本台帳等の確認をすることに同意します。

記

1 被接種者

被接種者 氏名	<input type="checkbox"/> 同上	生年月日	
住所	<input type="checkbox"/> 同上		
電話番号	<input type="checkbox"/> 同上		

2 予防接種

\*該当する番号を○で囲んでください

(1) 麻しん風しん混合(MR)ワクチン 8,500円

(2) 風しん単独ワクチン 5,500円

3 振込先

銀行名		支店名	
(フリガナ) 口座名義			
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	

4 関係書類

- (1) 香川県が実施する風しん抗体検査結果の写し
- (2) 実施医療機関が発行した領収書(風しんワクチン予防接種とわかるもの)
- (3) その他市長が必要と認める書類