

風しん予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

嘉島町長 様

風しん予防接種費用の助成を以下のとおり申請します。
 なお、助成金については、下記の口座に振り込んでください。

申請者
 住 所
 氏 名
 生年月日
 電話番号

◆接種状況について

予防接種を受けた理由	<input type="checkbox"/> 熊本県風しん抗体検査事業において、予防接種が必要と判断されたため <input type="checkbox"/> 過去の風しん抗体検査において、HI 抗体価が16倍以下相当で、妊娠を希望する者※であるため ※妊娠を希望する女性とその配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあるものを含む）などの同居者		
接種日	年 月 日		
接種ワクチン	<input type="checkbox"/> 麻しん風しんワクチン（MR ワクチン） <input type="checkbox"/> 風しんワクチン		
接種医療機関			
接種費用	円	請求費用 ※上限 7,000 円	円

◆振込先について

振込口座 (被接種者)	金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店・支所 出張所
	口座種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

<添付資料>

- （1）予防接種を受けた領収書の写し
- （2）熊本県風しん抗体検査事業の風しん抗体検査結果通知書の写し、若しくは、過去の風しん抗体検査において、風しんの抗体価が16倍以下相当であることを証明する書類の写し