

別記様式（第4条関係）

まんのう町風しん含有ワクチン予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

まんのう町長 様

申請者	住 所	
	氏 名	Ⓜ
	被接種者との続柄	本人・本人以外()
	電 話 番 号	()

まんのう町風しん含有ワクチン予防接種費用助成事業実施要綱第 4 条の規定により、次のとおり助成の申請及び請求をします。

被 接 種 者	フリガナ 氏 名		性 別	男・女
	住 所			
	生 年 月 日	年 月 日	接種日現在()	歳
対 象 区 分	いずれかの番号を○でかこんでください	1. 妊娠を希望する女性で、抗体価が十分でない人 2. 妊娠を希望する女性の配偶者で、抗体価が十分でない人 3. 妊娠している女性の配偶者で、抗体価が十分でない人		
ワクチン区分		1. 風しん単抗原ワクチン 2. 麻しん風しん混合(MR)ワクチン		
申 請 内 容	接 種 年 月 日	年 月 日		
	接種医療機関名			
	接種費用 ①	助成上限額 ②	申 請 額 (①と②を比較していずれか少ない方の額)	
	円	風しん単抗原 5,500 円 MR(麻しん・風しん混合) 9,000 円	円	

上記の申請額を請求します。下記の口座に振込みを希望します。

振 込 先	金融機関名	銀行 農協 信用金庫	本店 支店 出張所
	預 金 種 別	普通・当座	口座番号
	フリガナ 口座名義人		
	委任欄 (振込先の口座名義人と被接種者とは異なる場合は、被接種者の委任が必要です。) 上記の口座名義人に対して、風しんワクチン接種に係る助成金の受領を委任します。 被接種者 Ⓜ		

- 【添付書類】 (1)風しん抗体検査結果票の写し
 (2)医療機関が発行する領収書
 (3)風しん(麻しん風しん)ワクチン接種済証