

総社市風しん予防接種費用助成事業償還給付申請書

令和 年 月 日

総社市長様

次のとおり総社市風しん予防接種費用助成事業に係る接種費用の助成を受けたいので、次の書類を添えて申請します。

申請者氏名 (口座名義人)		生年月日	昭和 年 月 日 平成
住 所	総社市	電話番号	
申 請 金 額 金 円 (助成額の上限：3,000円)			

※該当するものに○をつけてください。

<p>(1) 対象者</p> <p>妊娠を希望している女性とその夫、または妊娠している女性の夫で</p> <p>ア) 昭和49年4月2日から平成2年4月1日生まれの者</p> <p>イ) 平成2年4月2日以降に生まれた者で、抗体検査で抗体価が低いと判定された者</p> <p>(2) 受けた予防接種の種類</p> <p>ア) 麻しん・風しん混合(MR)ワクチン</p> <p>イ) 風しん単独ワクチン</p>
--

添付書類

- (1) 予防接種を受けたことを証明する領収書（被接種者の氏名が記載されたもの）
- (2) 対象者 イ) の場合は抗体検査結果が記載されている書類
- (3) その他市長が必要と認める書類

口座振込先

金融機関の名称	() 銀行・信用金庫・農協 () 本店・支店・支所		
口座種別と 口座番号	普通預金 当座預金	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			