

様式第1号（第6条関係）

御船町風しん予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

御船町長 様

風しん予防接種費用助成について、御船町風しん予防接種助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

申請者	住所	御船町大字
	氏名	(続柄：)
	電話番号	

被接種者	ふりがな		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	年 月 日生 (歳)		
	住所	御船町大字		

接種状況	対象区分	<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方 <input type="checkbox"/> 過去の風しん抗体検査において、風しんの抗体価が低く（H I 抗体価が1.6倍以下相当）、妊娠を希望する女性やその同居者		
	接種日	年 月 日		
	ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン（MR） <input type="checkbox"/> 風しんワクチン		
	接種費用	円	基準額 7,000 円	助成額 円

※点線内は記入しないでください。

振込先	銀行等	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	
	ゆうちょ	記号		番号	
	口座名義	フリガナ			
氏名		※被接種者名義			

【添付資料】

接種時の領収書 接種に使用した予診票の写し 抗体検査結果が分かるものの写し