

益城町風しん等予防接種費助成申請書兼請求書

年 月 日

益城町長 様

風しん等予防接種費の助成を次のとおり、申請並びに請求します。

申請者	住 所	益城町		
	氏 名	印		
	電話番号	(昼間連絡がとれる番号)		
振込先		銀 行	本店	
		信用金庫	支店	
		農 協	支所	
	預金種別	普通・当座	口座番号	
口座名義人		フリガナ		
		氏名		

対象者区分 (当てはまる番号に○を付けてください。)	1 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者 2 過去の風しん抗体検査(妊婦健診など)において、HI抗体価が16倍以下相当で、妊娠を希望する者			
ワクチンの種類 (当てはまる番号に○を付けてください。)	1. 風しんワクチン 2. 麻しん風しん混合(MR)ワクチン			
被接種者	住所	益城町		
	氏名	フリガナ		
	生年月日	年	月	日
予防接種を受けた日		年	月	日
予防接種を受けた医療機関	住所			
	名称			
予防接種に要した費用		円		

*助成額は10,000円が上限です。予防接種費が上限額を下回る場合は、予防接種費が助成額となります。

..... 以下は記入しないでください。

住民登録の有無	有 ・ 無
---------	-------

助成決定額	円
-------	---