

風しん予防接種費用助成申請書

令和 年 月 日

(あて先) 関川村長

【提出先: 健康福祉課 健康推進班】

下記のとおり予防接種を受けましたので、接種費用助成を申請します。

の中のみご記入ください

① 申請者

住 所	関川村大字		
氏 名		Ⓜ 電 話	—

② ワクチンを接種した方

氏 名	生年月日	申請額
	大正 ・昭和 ・平成 年 月 日	円
	大正 ・昭和 ・平成 年 月 日	円
		合計 円

③ 接種費用振込口座

金融機関名	本・支店名	口座名義人 (カタカナ)	口座番号
	本店 支店		普通 当座

※ 郵便局も振込みが可能です。

※ ①申請者 と ③振込口座名義人 が異なる場合には、申請者がこの接種費用の受領に関する権限を口座名義人に委任したものとします。

添付書類

- 風しん予防接種済証 (様式第2号) の写し
- 風しん抗体検査結果証明書の写し
- 風しん予防接種の記載のある領収書の写し