

加茂市風しんワクチン接種等助成金償還請求書

令和 年 月 日

加茂市長 藤田明美様

住所 加茂市

氏名

電話

次のとおり助成金の交付を請求します。

対象者・件名に○をつけてください			
対象者		件名 及び接種者名	
① 妊娠を希望する女性	・ 麻しん・風しん混合 ワクチン接種 ()		
② ①の配偶者等同居者	・ 風しんワクチン接種 ()		
③ 抗体価が低い妊婦の 配偶者等同居者			
※ 同居家族等の申請の場合、妊婦氏名 ()			
交付申請額		円	
支払方法		口座振込	
金融機関名		支店名	
預金種目	当座・普通	口座番号
フリガナ			
口座名義人			
委任 <small>申請者と口座名義人が異なる場合のみ記入・押印</small>	上記口座に振り込み願います。		印
備考			

以下記入不要
添付書類

- 領収書(接種日・金額・医療機関名を確認)
- 抗体価のわかる書類の写し
- 妊婦の夫、同居家族等の接種の場合は加えて
- 同居妊婦の母子健康手帳(ない場合は予定日等を確認。妊娠届出台帳で確認)
もしくは妊産婦医療費受給者証で妊娠届出年月日を確認
- 同居妊婦の抗体価のわかる書類の写し