

様式第1号

蔵王町任意風しん予防接種費用助成事業償還払申請書兼請求書

年 月 日

蔵王町長 殿

蔵王町成人風しん予防接種費用助成金について、次のとおり関係書類を添えて請求します。

太枠内をご記入ください。

申請者氏名	㊞ 接種者との関係 ()		
接種者氏名	生年月日	年 月 日	(歳)
住 所	蔵王町	電話番号 ()	
	(住所地以外に居住している場合は記入)	電話番号 ()	
接種対象者 (左記該当箇所に○をつける)	(1) 妊娠を予定している又は希望している16歳から49歳の女性 (2) (1)の配偶者 (3) 妊娠している女性の配偶者および同居家族		
接種ワクチン区分	接 種 日	接 種 医 療 機 関	助成金額 (請求金額)
<input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 風しん・麻しん混合	年 月 日		円

※助成金額は、1回につき自己負担した接種費用から1,000円差し引いた全額となります。

振 込 先	銀行・農協・信用組合 信用金庫・労金		支店・本店 支所・出張所			
	金融機関コード		支店コード		口座番号	
					普通	
	フリガナ					
	口座名義人					

〈役場記入欄〉

確 認 欄	風疹抗体検査の結果	<input type="checkbox"/>	(受付印)	(受付者)	(確認者)
	予防接種済証明書	<input type="checkbox"/>			
	医療機関領収書	<input type="checkbox"/>			
	母子健康手帳 (対象者 (3) 該当する場合)	<input type="checkbox"/>			
	預金通帳	<input type="checkbox"/>			
	蔵王町に住民登録がある	<input type="checkbox"/>			

