

様式第1号（第7条関係）

風しん予防接種費助成金交付申請書兼請求書（償還払用）

年 月 日

白 石 市 長 殿

申請者 〒 ー

住 所

氏 名 印

電話番号 ー ー

下記のとおり、風しん予防接種費助成金を申請します。

※印は記入しないでください。

対 象 者	住 所			
	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日	昭和 ・ 平成	年	月 日
予 防 接 種 名		風しん ・ 麻しん風しん混合		
接 種 年 月 日		年 月 日		
接種医療機関名				
自 己 負 担 額		円	助 成 金 額	※ 円
振 込 口 座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	支 店 名	本店 支店 出張所
	口 座 番 号		預金種別	1 当 座 2 普 通
	フリガナ			
	口座名義人			

【添付書類】

- ①領収書
- ②風しん・麻しん風しん予防接種の接種済証の写し（又は接種が確認できるもの）