

別記様式（第6条関係）

つくばみらい市大人の風しん予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

つくばみらい市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

印

次のとおり、つくばみらい市大人の風しん予防接種費用の助成に関する要綱第6条の規定に基づき、風しん予防接種費用の助成金の交付を申請します。なお、本申請に当たり、被接種者の住民基本台帳を確認すること、及び医療機関に問合せることについて同意します。予防接種費用の助成金については、次の口座への振込みを希望します。

フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
被接種者氏名				
住 所	つくばみらい市			

風しん抗体検査年月日	年 月 日	風しん抗体検査結果	H I 法抗体価16倍以下相当	
接種医療機関名				
接種医療機関住所				
接種ワクチン	接種年月日	接種に要した費用(A)	助成上限額(B)	(A)と(B)のいずれか少ない方の金額(C)
風しん単抗原ワクチン	年 月 日	円	3,000円	円
麻しん風しん混合ワクチン	年 月 日	円	5,000円	円
請求額(C)	円 (※生活保護世帯の方は全額)			

振込希望先

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店	金融機関 支店コード	金融機関				支店	
口座種別	01 普通 02 当座	口座番号							
フリガナ									
口座名義人									

※ゆうちょ銀行を指定される場合は、振込口座番号を記入し、支店名は漢数字で記入してください。