

別記様式（第4条関係）

淡路市成人等風しんワクチン接種費用助成事業償還申請書兼請求書

令和 年 月 日

淡路市長 様

申請者 住 所  
氏 名 ⑩  
電話番号 ( ) - 番

淡路市成人等風しんワクチン接種費用助成事業実施要綱第4条の規定により、風しんワクチンの予防接種費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、交付決定に必要な市が私の世帯に関する状況の調査及びワクチン接種に係る情報を医療機関から確認することについて、同意します。

フリガナ 被接種者名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
住 所	淡路市
電話番号	( ) - 番

該当するものの□に✓を付けてください。

接種対象者について

妊娠を希望する女性

妊娠を希望する女性または妊婦  
の方の氏名

妊娠を希望する女性の同居家族

妊婦の同居家族

接種医療機関名	接種日	接種費用	助成金の額
	年 月 日	円	予防接種に要する費用 (上限5,000円) 円

振込先金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店・支店
口座種別	普通・当座	
口座番号		
口座名義人	(カタカナでご記入ください。)	

備考

- この申請書には、風しん予防接種に係る領収書、風しん抗体検査の結果がわかる書類を添付してください。
- 振込先金融機関は、助成対象者（被接種者）本人名義の口座を記入してください。