

御殿場市風しん及び麻疹風しん混合ワクチン接種費用助成申請書

年 月 日

御殿場市長 様

住 所 御殿場市

申請者 氏 名 印

電話番号

被接種者との関係（ ）

私は、御殿場市風しん及び麻疹風しん混合ワクチン接種費用助成要綱第2条に該当し、ワクチン接種を受けたので第4条の規定により申請します。

対象区分	1 妊娠を希望する女性	妊娠を希望し、又は妊娠している女性の氏名	
	2 妊娠を希望する女性の同居者 3 妊娠している女性の同居者		
(フリガナ) 接種を受けた方の氏名			生年月日 年 月 日
住 所	御殿場市 電話番号（ - - ）		
予防接種名	風しん／麻疹風しん混合（MR）	接種医療機関名	
接種日	年 月 日		
振込先	金融機関名及び店名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所	
	口座の種類	普通・当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

委任状（※申請者と口座名義人が同一の場合は、委任状の記入は不要です。）

本申請の風しん及び麻疹風しん混合ワクチン接種費用助成金の受領を上記口座名義人に委任します。			
年	月	日	
御殿場市長 様			申請者 印

※ 添付書類

- (1) 風しん抗体検査の結果が分かる書類
- (2) ワクチンの接種を行った医療機関等が発行した領収書
- (3) 接種済証その他のワクチンの接種を確認できる書類
- (4) マイナンバーカード、運転免許証その他の本人であることを確認できる書類
- (5) 第2条第1項第3号に該当する者にあつては、当該妊婦の母子健康手帳、妊娠した事実を確認できる医師の証明書等
- (6) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認めるもの

※御殿場市記入欄（ここには何も記入しないでください。）

支給決定額	円
-------	---

決裁欄	課長	統括	担当