

風しん抗体検査又は予防接種費用助成申請書

申請日 年 月 日

日出町長 様

日出町風しん対策強化事業実施要綱第7条第2項の規定に基づき、風しん抗体検査・予防接種費用を助成するよう関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日
	氏名			(歳)
	住所	日出町		
	電話番号			
	申請理由			

受診内容	種別	検査日又は接種日	受診機関
	抗体検査	年 月 日	
	予防接種	年 月 日	
	予防接種 (予診のみ)	年 月 日	

振込先	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

助成決定額	*この欄は、記入しないでください。	円
-------	-------------------	---

- 添付書類：1 領収書原本（検診日又は接種日、費用、実施医療機関を確認できるもの）
 2 結果が記入された風しん抗体検査受診票又は風しん予防接種予診票の写し
 3 保険証や免許証、マイナンバーカード等の本人確認ができるもの