

様式第3号（第5条関係）

風しん任意予防接種費用助成申請及び請求書

年 月 日

鏡野町長 様

下記のとおり、風しん任意予防接種費用の助成を申請及び請求します。

※申請者記入欄	申請者氏名	※ ※本人が手書きしない場合は、記名押印してください		被接種者に対する続柄	
	申請者住所	鏡野町		TEL( )	-
	被接種者氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日
	被接種者住所	鏡野町			
	予防接種の種類	風しんワクチン ・ 麻しん風しん混合(MR)ワクチン			
	接種年月日	年 月 日			
	上記の予防接種に対する接種料金				円
	医療機関所在地				
	医療機関名				

町記入欄	給付決定額						
	課長・特命参事	代理・補佐	主幹	主任	係	支出命令	給付台帳
決裁						月 日	月 日

口座番号	金融機関の名称	( )銀行・信用金庫・農協	( )本店・支店・支所
	預金の種別	普通・当座	番号
	フリガナ		
	名義人		

※申請者が記入し、風しん抗体検査の結果通知(写し)、領収書(原本)、接種済証(写し)を添付すること。