

三朝町風しん対策特別促進助成金請求書

年 月 日

三朝町長 様

住 所

請求者 氏 名 ㊞

被接種者との続柄 ()

電話番号

次のとおり、（麻しん風しん混合(MR)ワクチン予防接種費・風しん単抗原ワクチン予防接種費）助成金を請求します。

また、助成金の支給決定にあたり、住民登録状況を調査されることに同意します。

請求金額	円
------	---

接種実施日		年 月 日	接種実施医療機関
麻しん風しん混合(MR)ワクチン予防接種	接種金額	左記接種金額の2/3 (100円未満の端数は切捨て)	
	円	円(上限8,000円)	
風しん単抗原ワクチン予防接種	接種金額	左記接種金額の2/3 (100円未満の端数は切捨て)	
	円	円(上限5,500円)	
被 接 種 者	(ふりがな) 氏 名		
	生年月日	年 月 日	
助 成 区 分 (該当する番号に○をしてください。)	1 妊娠を希望する女性のうち風しん抗体価の低い者 2 妊婦の配偶者 3 妊婦の同居者 4 妊娠を希望する女性の同居者のうち風しん抗体価の低い者		

助成金は、次の口座に振り込んでください。

振込先	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通 ・その他 ()	ふりがな 口座名義人	
	口座番号			

三朝町会計管理者 様

様式第2号（第5条関係）

領 収 証 書 (接 種 証 明 書)	
被接種者氏名	
領 収 金 額	円
領 収 日 (接種実施日)	年 月 日
<p>これは、{ 麻しん・風しん混合(MR)ワクチン 風しん単抗原ワクチン } 予防接種の代金です。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>医療機関の 所 在 地 名 称 開 設 者 名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>	

(注意)

- 1 この領収証書は、三朝町風しん対策特別促進助成金請求書の添付資料です。
- 2 収入印紙は不要です。