

記入例

令和〇年〇月〇日

(宛先) 所沢市長

申請者（口座名義人）の方の
・住所
・氏名
・日中連絡の取れる連絡先
をご記入ください。

住所 所沢市上安松1224番地の1

申請者 氏名 所沢 一郎

電話 080-0000-0000

印

所沢市妊娠を希望する女性等に対する風しん任意予防接種接種料により、次のとおり申請します。

・シャチハタ以外の印鑑で押印ください。
・記入内容を訂正する場合はこちらに押印した印鑑と同じものをご使用ください。

対象者	区分	1 妊娠を希望する16歳以上50歳未満の女性 ② 妊娠を希望する16歳以上50歳未満の女性の同居者 3 風しん抗体価が低いと判明している妊婦の同居者	
	氏名	所沢 一郎	
	生年月日	昭和 □年 ○月 ○日	
※ 区分2の場合 当該妊娠を希望する 16歳以上50歳未満の女性 ※ 区分 当該風しん抗体価が低いと判明妊	氏名	所沢 花子	
	生年月日	△年 □月	
請求金額の上限は 3,000円 です。 接種料が3,000円より低い場合は、 接種料をご記入下さい。		申請者、対象者、振込先は <u>同一</u> の方をご記入ください。	
接種年月日	□年 ○月 △日		
予防接種接種料	9,500 円		
請求金額	3,000 円 ※この欄は訂正できません。		
振込先	金融機関名	△△△ □銀行 □信用金庫 □農協	□本店 ☑支店 □出張所 □支所
	預金種別	☑普通 □当座	口座番号 0 0 0 0 0 0 0
	フリガナ	トコロザワ イチロウ	
	口座名義人	所沢 一郎 ※申請者・対象者と同一の方をご記入ください。	

【添付書類】

- 1 風しん抗体検査の結果抗体価が低いと判定されたことが分かる書類
- 2 予防接種に係る領収書
- 3 予防接種を受けたことが分かる書類（前号の領収書に当該事実の記載がある場合を除く。）