

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 印

電話 080-0000-0000

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	
	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 □日	
		妻	同一の方の振込先等 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	
振込先	金融機関名	△△○	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	□本 店 <input checked="" type="checkbox"/> 支 店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支 所
	フリガナ	トコロザワ イチロウ	
	口座名義人	所沢 一郎	
		※この欄は訂正できません。	
		※申請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。)