

様式第1号

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助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 所沢市長

住 所 \_\_\_\_\_

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

電 話 \_\_\_\_\_

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助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

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							
	生 年 月 日	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3の場合 当該風しん抗体価が 低いと判明している 妊 婦	氏 名							
	生 年 月 日	年	月	日				
	続 柄							
接 種 年 月 日	年	月	日					
予 防 接 種 接 種 料	円							
請 求 金 額	円							
振 込 先	金 融 機 関 名	<input type="checkbox"/> 銀 行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農 協			<input type="checkbox"/> 本 店 <input type="checkbox"/> 支 店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支 所			
	預 金 種 別	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 当 座	口座番号					
	フリ ガナ							
	口 座 名 義 人							

【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。）