

田村市任意風しん抗体検査・風しん予防接種助成請求書

該当番号に○をつけてください	1. 風しん抗体検査	検査月日	年 月 日
	2. 風しんワクチン接種 3. MRワクチン接種	接種月日	年 月 日
被 接 種 者	氏 名		
	生年月日	年 月 日	歳
	住 所		
接 種 医 療 機 関	名 称		
	住 所		
医療機関に支払った予防接種金額			円
助成金請求額			円

上記のとおり請求しますので、下記口座に振込みしてください。

年 月 日

田村市長 様

請求者 住 所
氏 名
電 話 番 号

⑩

（被接種者との続柄）

【振込指定口座】

金 融 機 関 名	銀行・農協・信用金庫	支店・支所
口 座 番 号	普通・当座 番号	
口座名義人氏名（漢字）		
口座名義人氏名（カナ）		

【注意事項】

- ①領収書原本（抗体検査・ワクチン接種明記）、接種済証（抗体検査・ワクチン名記載のもの）又は予診票（写し可）を添付してください。
- ②振込指定口座の写しを添付してください。
- ③振込先の口座名義は、請求者と同じ名義に限ります。
- ④訂正するときは、訂正印を押してください。（ただし、金額の訂正は無効です。）

*この欄には記入しないでください

決 定 額	円
-------	---