

阿蘇市風しん抗体検査及び風しん第5期定期接種費用助成金交付申請書兼請求書

阿蘇市長 様

申請者 住 所

氏 名 印

電話番号

私は、阿蘇市風しん抗体検査及び風しん第5期定期接種実施要綱5条の規定に基づく助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請（兼請求）します。

なお、当該申請の助成の可否に当たり、住民基本台帳を調査することに同意します。

被接種者氏名	
住 所	
生 年 月 日	年 月 日生 () 歳

内 容	実施機関名	実施日	支払額	交付申請額
抗体検査		年 月 日	円	円
予防接種		年 月 日	円	円
合 計			円	円

振込先

金融機関名		預金種目	口座名義人	口座番号
銀行	本店	1 普通預金 2 当座預金	ふりがな	
信用金庫	支店			
信用組合	出張所			
農協	本所			
ゆうちょ銀行	記号		口座名義人	フリガナ
	番号			

【添付書類】

- クーポン券
- 風しん抗体検査の結果がわかるもの
- 風しん予防接種を接種したことがわかるもの（予防接種済証、接種済の記載がある予診票の写し）
- 抗体検査及び予防接種に要した費用及びその額を証明できる書類（領収書等）