

第 3 号様式（第 8 条関係）

おたふくかぜ予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）津市長

住 所
請求者 氏 名 ⑩
電話番号

おたふくかぜ予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり請求します。
なお、この申請の審査を目的として、津市が支給に係る必要な個人情報を閲覧・調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

被接種者氏名		生 年 月 日	年 月 日
協力医療機関名		予 防 接 種 日	年 月 日
接種費用の額		円	
請求金額（接種費用の額が 3, 5 0 0 円未満の場合は、その額）※上限 3, 5 0 0 円		円	

振込口座

振込先金融機関	銀 行 農 協 信用金庫		本・支店 出張所
	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ		
	口座名義人		

※ 請求者の氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。

【添付書類】

- ・ 予防接種に係る領収書及び明細書
- ・ 母子健康手帳の予防接種の記録又は予防接種履歴の写し
- ・ 振込口座が確認できるものの写し

保健センター使用欄	申請者(保護者) 宛名番号	受付者	受付印
☐ 年齢：1 歳または 2 歳 ☐ おたふくかぜワクチン初回接種 ☐ 助成歴なし ☐ 領収書及び明細書 ☐ 接種記録コピー ☐ 通帳コピー		_____ H C _____	
	郵便番号		
	〒 _____	_____	

