

別記様式（第5条関係）

潮来市妊婦に係る風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|------|---------|--|-----------|--|--|--|
| 被接種者 | ふりがな | | | | 生年 | 年 月 日 | | | |
| | 氏名 | | | | 月日 | | | | |
| 接種年月日 | 年 月 日 | | | 予防接種の種類 | <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 麻しん風しん (MR) | | | | |
| 申請者の区分 | 該当する番号に○印を付けてください。 1 妊娠している女性の配偶者（これに準ずる者を含む。以下同じ。） 2 妊娠を予定又は希望する女性及びその配偶者 3 その他（ ） | | | | | | | | |
| 医療機関支払額 | 円 | | | 請求額 | 円 | | | | |
| 振込金融機関 | 金融機関名 | 銀行 信金 信組 農協 | | | 支店名 | 支店 出張所 | | | |
| | コード | | | | コード | | | | |
| | 預金種目 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | 口座番号 | | | | | | |
| | 口座名義 | フリガナ | | | | | | | |
| 上記のとおり、予防接種費用の助成金を請求します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <div style="text-align: center;"> 申請者 住所 氏名 電話番号 </div> 潮来市長 様 | | | | | | | | | |

※口座の名義は、申請者本人でお願いします。

添付書類

- (1) 予防接種を受けたことを証する書類
- (2) 母子健康手帳（妊娠している女性の配偶者またはこれに準ずる者の場合に限る。）
- (3) 領収書（原本）