

沼津市風しん及び麻しん・風しん混合ワクチン接種費助成申請書

年 月 日

(宛先) 沼津市長

住 所

申請者 氏 名

電話番号

被接種者との関係 ()

私は、沼津市風しん及び麻しん・風しん混合ワクチン接種緊急対策助成事業実施要綱第2条に該当し、ワクチン接種を受けたので同第5条により申請します。

対象区分	①妊娠を予定又は希望する女性	②妊娠を予定又は希望する女性の同居者	③妊娠中の女性の同居者
(フリガナ) 接種を受けた方の氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
住 所	沼津市 電話番号 (- -)		
予防接種名	①風しん ②麻しん・風しん混合	接種医療機関名	
接種日	年 月 日		
口座振替	金融機関名 及び店名	銀 行 信用金庫 農 協 本店 支店	
	口座の種類	普通・当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		
私は、助成要件該当の有無を確認するために必要な情報について、沼津市が住本台帳に関する資料の調査を行うことについて同意します。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			

※ 印欄は、該当するものにレ点をつけてください。

※添付書類

- ①ワクチン接種済証又はワクチン接種をしたことが確認できる書類
- ②ワクチン接種を受けた医療機関発行の領収書
- ③風しんウイルス抗体検査の結果を確認することができる書類
- ④その他市長が必要と認めるもの

《沼津市記入欄》※ここには何も記入しないでください。

支給決定額	円
-------	---

