

箕面市風しん定期接種等自己負担金申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）箕面市長

（申請者）

住所 箕面市

氏名

生年月日 S 年齢 歳

電話番号

次のとおり箕面市風しん定期接種等に係る自己負担金助成要綱第5条の規定により、申請します。また、助成金の交付決定された場合は、助成金を振込先欄の金融機関に振り込むよう請求します。

対象者	昭和37年4月2日から 昭和54年4月1日までの間に生まれた男性		申請区分 (☒)をして ください。	☐ 抗体検査
				☐ 定期接種 (MRワクチン)
振込先	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通 当座	口座番号	
	口座名義 (カタカナ) (申請者名義)			

【必要書類】

抗体検査費用の場合（①、②、④、⑥のみ）、抗体検査・定期接種費用の場合（①～⑥の全て）

- ①住所、氏名及び年齢を確認できるもの
- ②風しんの抗体検査の結果が分かるもの
- ③予診票の写し等接種内容を証するもの
- ④抗体検査の領収書（風しんの抗体検査代と記載されたもの）
- ⑤定期接種の領収書（MRワクチン代と記載されたもの）
- ⑥未使用の風しん定期接種クーポン券

【市記入欄】

抗体検査費用償還金額 円 定期接種費用償還金額 円

抗体検査費用	円	抗体検査費用償還金額	円
定期接種費用	円	定期接種費用償還金額	円