

風しん抗体検査及び予防接種費等助成金請求書（償還払用）

年 月 日

（あて先）相生市長

請求者 住 所
氏 名
電話番号

相生市風しん予防接種費等助成要綱第9条第2項の規定により、関係書類を添えて次のとおり請求します。

申請する項目		1 風しん抗体検査 2 麻疹風しん混合ワクチン予防接種	
被接種者	住 所		
	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日（満 歳）	
実施医療機関	所 在 地		
	医療機関名		
対象者区分		1 妊娠を希望する女性 2 抗体検査の結果、風しんの免疫が不十分であると判断された妊婦の同居家族（母子健康手帳No._____）	
抗体検査年月日		年 月 日	
抗体検査の結果		H I 価 倍 E I A 価	
予防接種年月日		年 月 日	
抗体検査費用額		円	
接種費用額		円	
請求金額		円	
振込先	金融機関	銀行・組合 金庫・農協	
	預金種目	当座・普通	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

（注）1 被接種者が未成年の場合は、請求者は保護者となります。

- 2 必要書類 （1）医療機関発行の領収書（原本） （2）風しん抗体検査結果のわかるもの
（3）任意予防接種済証 （4）母子健康手帳（対象者区分が2の場合のみ）
（5）本人名義で振込先口座番号が確認できるもの