

(様式第1号)

## 鹿沼市大人の風しん予防対策事業助成申請書

令和 年 月 日

鹿沼市長 佐藤 信宛

住所 鹿沼市

申請者 氏名  
(被接種者名)

(電話

印

鹿沼市大人の風しん予防対策事業の【麻しん風しん(MR)混合・風しん】予防接種について、下記のとおり接種を受けましたので、この接種費用(一部)の助成申請をいたします。

被接種者	住所	鹿沼市		
	氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
予防接種内容	医療機関所在地			
	医療機関名			
	○を付けてください。		接種日	年 月 日
	麻しん風しん(MR) 5,000円	風しん 3,000円		
振込口座	金融機関名(支店名)	フリガナ 口座名義人	口座番号	
	( )			

(注) 振込口座は銀行、農協、ゆうちょ銀行の普通預金で申請者名義のもの。

必ず申請者と口座名義人は統一し、提出用予診票(市役所控)、領収書を添えて、接種後1ヵ月以内に申請してください。申請窓口は鹿沼市役所保健福祉部健康課です。

確認欄	1 <input type="checkbox"/> 助成対象者 2 <input type="checkbox"/> 予防接種済 3 <input type="checkbox"/> 支払金額 ( 円) 取扱者 <input type="checkbox"/>	上記申請について次のとおり支給決定する。 支給金額 円 令和 年 月 日 決裁責任者 <input type="checkbox"/>
-----	---	--