

(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 松井正一宛

住所 鹿沼市

申請者 氏名
(被接種者名)

(電話 ー)

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"/> |
|-----|---|--|