

年 月 日

(宛先) 高浜市長

氏 名

印

電話番号 — —

特別助成対象者確認欄 ①または②に該当する場合は数字を○で囲んでください。

- ※上記①または②の理由で申請した場合、申請内容の確認を市が行うことに同意します。

被 接 種 者	住 所	高 浜 市			町	丁 目	番 地
	フリガナ				性 別	女 性	
	氏 名						
	生年月日	昭和・平成			年	月	日生（ 歳）
実施予防接種※○で囲んでください		1. 風しん		2. 麻しん風しん（MR）			
医療機関に支払った予防接種費用の額				円			
助成金額		特別助成対象者以外の者				円	
		特別助成対象者				円	

上記接種者の風しんワクチン予防接種費用助成金は、以下の口座に振り込んでください。

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号						
銀行 信用金庫	店	1 普通							
		2 当座							
		口座	フリガナ						
金融機関 C D		名義人							

※添付書類 ①領収書（風しんワクチン接種が確認できるものであること。）

②風しん抗体検査の結果について抗体価が低いと判定されたことがわかる書類