

### 三春町風しん対策助成金請求書

助成予防接種名	ア 風しん抗体検査 イ 麻しん・風しん混合ワクチン ウ 風しんワクチン		
被接種者	氏名		個人番号
	生年月日	年 月 日 生	
	住所	三春町	
	対象区分	ア 接種当日に満19歳から49歳以下の女性 イ 妊娠を希望する女性（妊婦を含む）の配偶者 ウ アと事実上婚姻関係と同様の事情にある者 ( )	
接種医療機関	名称		
	住所		
医療機関に支払った金額			円
助成金請求額			円

上記のとおり請求しますので、下記口座に振込みしてください。

年 月 日

三春町長

請求者 住 所 三春町

氏 名

印

電話番号

#### 【振込指定口座】

金融機関名	銀行・農協・信用金庫	支店・支所
口座番号	普通・当座 番号)	
口座名義人氏名(漢字)		
口座名義人氏名(カナ)		

#### 【注意事項】

- ① 医療機関が発行する 予防接種済証 及び 領収書 を添付してください。
- ② 振込指定口座の写しを添付してください。
- ③ 振込先の口座名義は、請求者と同じ名義に限ります。
- ④ 訂正するときは、訂正印を押してください。(ただし、金額の訂正は無効です。)