

第1号様式（第5条関係）

書き間違いは、新しく書き直してください
（修正液等は使用できません。押印と訂正印がある場合は訂正が認められます）。
氏名・金額欄は訂正不可のため、再度書き直しをお願いします。

逗子市風しん予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

逗子市長

接種者本人が申請者
となります。

住 所 逗子市逗子 5-2-16

申請者 氏 名 逗子 太郎

生年月日 平成3年7月1日

電話番号 046-873-1111

逗子市風しん予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、風しん予防接種に要した
費用の助成について申請します。

麻しん・風しん混合(MR)ワクチンは最大6,000円、
風しん単抗原ワクチンは最大4,000円です。
（金額欄は訂正不可のため、金額が不明な場合は市の
窓口でおたずねください。）

1 助成申請額 _____ 円

2 対象者種別

どちらかにチェック(✓)してください。

☐ 妊娠を希望している女性

☒ 妊娠を希望している又は妊娠している女性の同居者

3 接種ワクチン

☒ 麻しん・風しん混合(MR)ワクチン

☐ 風しん単抗原ワクチン

接種日を記入してください。

4 接種日 令和〇年 4月 1日

請 求 書

書き間違いは、新しく書き直してください（修正液等は使用できません。押印と訂正印がある場合は訂正が認められます）。

氏名・金額欄は訂正不可のため、再度書き直しをお願いします。

逗 子 市 長

申請者（接種者）と同じ名義をご記入ください。

〒249－8686

住 所 逗子市逗子5－2－16

氏 名 逗子 太郎

次のとおり請求します。

金額欄は訂正不可のため、金額が不明な場合は記入せず、市の窓口でおたずねください。）

請求金額 円

（風しん予防接種費用助成事業助成金償還払い）

【振込口座（本人名義）】

必ず申請者（接種者）ご本人の口座を記入してください。

ゆうちょ銀行以外の金融機関又はゆうちょ銀行のどちらか一方にご記入ください。

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	支店名	分類	口座番号 (右詰めでお書きください。)	フリガナ 口座名義
〇〇〇銀行	△△支店	1. 普通	1 2 3 4 5 6 7	ズシ タロウ
金融機関コード	店番号	2. 当座		逗子 太郎
1 2 3 4	1 2 3			

ゆうちょ銀行	通帳記号 (6桁目がある場合は、 ※欄にご記入ください。)	通帳番号 (右詰めでお書きください。)	フリガナ 口座名義
	1 0 ※		

助成金の振込先を記入してください。
※ゆうちょ銀行以外の金融機関又はゆうちょ銀行
のどちらか一方