

記入しないでください。

### 記入例

## 大人の風しん予防接種 費用助成金支給申請書

年 月 日

伊東市長 様

申請者 〒 414-0055

住所 伊東市大原〇〇一△△

氏名 伊東 太郎 (印)

連絡先 0557-xx-xxxx

大人の風しん予防接種 費用助成金を申請します。

なお、この申請に基づく支給決定に当たり、伊東市が保有する情報について閲覧又は調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

予防接種を受けたご本人についてご記入ください。

(申請者と被接種者が同一の場合もご記入ください。)

被 接 種 者	氏名	伊東 花子
	住所	伊東市 大原〇〇一△△
	生年月日	平成2年 1 月 1 日

予防接種名	実施年月日	実施医療機関名	費用
麻しん風しん混合ワクチン	R8. 6 . 1	〇〇医院	11,039 円
合計			円

実施年月日・医療機関・実際に支払った費用をご記入ください。

#### 添付書類

- (1) 予防接種の内訳が記載された医療機関の領収書 (原本)
- (2) 伊東市〔大人の風しん予防接種〕予診票 (原本・医療機関記入済みのもの)
- (3) 風しんウイルス抗体検査の結果がわかるもの

以上

# 大人の風しん予防接種 費用助成金支給申請書

年 月 日

伊東市長 様

申請者 〃 ー

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

連絡先 \_\_\_\_\_

大人の風しん予防接種 費用助成金を申請します。  
 なお、この申請に基づく支給決定に当たり、伊東市が保有する情報について閲覧又は調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

被 接 種 者	氏 名	
	住 所	伊東市
	生年月日	年 月 日

予防接種名	実施年月日	実施医療機関名	費 用
麻しん風しん混合ワクチン	. .		円
合 計			円

添付書類

- (1) 予防接種の内訳が記載された医療機関の領収書 (原本)
- (2) 伊東市〔大人の風しん予防接種〕予診票 (原本・医療機関記入済みのもの)
- (3) 風しんウイルス抗体検査の結果がわかるもの
  - ※妊娠を希望する女性の同居者又は妊婦の同居者が接種した場合、女性と同居者、両名分の抗体検査の結果がわかるもの

以 上