

別記様式(第4条関係)

輪島市風しんワクチン予防接種費用請求書

年 月 日

輪島市長 様

住所 輪島市

申請者 氏名 ㊟

(予防接種を受けた方) 電話番号

生年月日 年 月 日生

風しんワクチン予防接種を受けましたので、下記のとおり請求いたします。

輪島市に住所を有することを確認することに同意します。

請求金額 円

接種日	年 月 日	
医療機関		
接種したワクチン (いずれかに○をつける)	( ) MR(麻しん・風しん混合)ワクチン ( ) 風しん単独ワクチン	助成上限額は 6,300 円 ※1
予防接種に支払った額	円	
対象者 (該当箇所に○をつける)	( ) 妊娠を希望している女性の配偶者とその同居家族 ( ) 妊娠を希望している、または今後妊娠する可能性のある方 * 接種後2ヶ月間は避妊が必要です。妊娠中の方は接種できません。	
対象条件 (①または②いずれかに○をつける)	(必須) 輪島市に住民票があること ( ) ① 昭和54年4月2日～平成2年4月1日生まれ ( ) ② 風しん抗体検査において十分な抗体を保有していない	
振込口座 ※2	銀行・信用金庫・農協	支店・支所
	普通・当座	口座番号 :
	(フリガナ) : ( ) 口座名義 :	

※1 請求金額は、助成上限額か支払った額のどちらか低い金額になります。

※2 振込口座は申請者名義の口座に限ります。

【添付書類】

- ① 領収書の原本または写し
- ② 接種内容、接種を受けた方の氏名、接種日、医療機関名が確認できる書類