

ピンク枠内記入
してください

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

申請者
(予防接種を受けた方)

住所	輪島市
氏名	Ⓜ
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。

請求金額 円

金額は基本的にはこちらで
確認してから記入します。

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○をつける)	() 妊娠を希望している女性の配偶者 () 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	
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	風疹抗体価 HI 法：16 倍以下 EIA 法：8.0 未満
振込口座 ※2	銀行・信用金庫・農協 普通・当座 口座番号： (フリガナ)：() 口座名義：	支店・支所 申請者と違う方の口座に振り 込む場合は、「委任状」が必要 となります

※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

母子手帳抗体検査や接種記録
など、添付書類つけてくださ
い