

様式第1号（第4条関係）

令和 年 月 日

古河市長 宛て

申請（請求）者（住所）〒 _____

古河市 _____

（氏名） _____ ㊟

※自署又は記名押印

（生年月日） 西暦 年 月 日

（電話番号） _____

風しん等予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

古河市風しん等予防接種費用助成金交付要綱第4条の規定に基づき、次のとおり申請（請求）します。なお、古河市が振込先口座に助成金を振り込んだときは、受領したものと認めます。

1 申請（請求）額 _____円

2 請求内容

予防接種の種類及び接種日	麻しん風しん混合ワクチン（接種日 年 月 日）
申請者の区分	該当する番号に○印を付けてください。 1 妊娠を希望する女性 2 1又は妊婦（風しんの抗体価が低い者に限る。）の配偶者又は同居者

3 添付書類

- (1) 領収書（接種ワクチン名、接種日及び接種者名が記載されたもの）
- (2) 予防接種済証等予防接種を受けたことを証する書類
- (3) 風しん抗体検査の結果が分かる書類

4 振込先

金融機関名		支店名		分類	口座番号 ※右詰めでお書きください	口座名義（カタカナ） ※通帳の表記のとおりお書きください
	1 銀行 5 農協 2 金庫 6 漁協 3 信組 7 信連 4 信連		本・支店 本・支所 出張所	普通 当座		
金融機関番号		店番号				

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	口座名義（カタカナ） ※通帳の表記のとおりお書きください
ゆうちょ銀行を選択した場合は、預金通帳の見開き左上またはキャッシュカードに記載された記号・番号をご記入ください。			