

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

古河市長 宛て

申請（請求）者 住所
 氏名 ㊟
 （自署又は記名押印）
 生年月日 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 風しんの抗体価が低い妊婦 3 1又は2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) 茨城県風しん抗体検査事業による風しん抗体検査の結果通知書

4 振込先

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店名	支店・支所 出張所
預金種別	普通・当座	口座番号	
ふりがな 口座名義			