



風しん予防接種費用助成申請書

平成 年 月 日

熊本市長（宛）

申請者  
住所 〒 -

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話 \_\_\_\_\_

風しん予防接種費用助成金の交付を抗体検査の結果及び領収書添付のうえ、下記のとおり申請します。



助成申請額 \_\_\_\_\_ 円

被接種者氏名 (接種を受けた人)	
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生
被接種者住所	熊本市 区
該当要件 (当てはまる番号に ☑をつけてください。)	<input type="checkbox"/> 1 妊娠を希望している女性 <input type="checkbox"/> 2 妊娠を希望している女性のパートナーなどの同居者 <input type="checkbox"/> 3 妊婦のパートナーなどの同居者

風しん予防接種費用助成請求書

平成 年 月 日

熊本市長（宛）

申請者  
住所 〒 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話 \_\_\_\_\_

風しん予防接種費用として、下記の金額を交付されるよう請求します。



請求額 \_\_\_\_\_ 円

風しん予防接種費用助成金を下記の口座に口座振替で支払われるよう依頼します。

口座振込依頼欄	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			

※ 振込先の情報は正確に記載してください。  
振込先の口座名義人は申請者と同一の方としてください。