

別記

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

佐倉市風しんワクチン接種費用助成申請書

（宛先）佐倉市長

申請者 氏名 _____ ⑩
住所 佐倉市 _____
電話 _____

佐倉市風しんワクチン接種費用助成事業実施規則第4条第1項の規定により、風しんワクチン接種に要した費用の助成を申請します。

フリガナ		生年月日
接種者氏名		年 月 日
住所	佐倉市	
電話番号	()	
ワクチンの種類 □にチェック	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン	
申請額	円	

助成金を以下の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	1 普通 2 当座					
				口座番号					
	金融機関コード	店舗コード							
	フリガナ								
	口座名義人								

ゆうちょ銀行	通帳記号	1			0	通帳番号（右づめ）								
フリガナ														
口座名義人														

必要書類：①抗体検査の結果の通知書
②領収書や明細書等原本（被接種者氏名、接種日、医療機関名、ワクチン名及び接種費用が記載されているもの）
申請書類提出先（郵送可）：健康増進課（健康管理センター） 〒285-0825 佐倉市江原台2-27
西部保健センター 〒285-0843 佐倉市中志津2-32-4
南部保健センター 〒285-0806 佐倉市大篠塚1587

※申請者は、氏名を自署することにより、押印を省略できます。

※申請期限：平成31年3月31日