

様式第1号（第5条関係）

国東市風しん抗体価検査及び風しん予防接種費用助成申請兼請求書

令和 年 月 日

国東市長様

申請者 住所 国東市

氏名

印

風しん抗体価検査及び風しん予防接種の助成を申請し、必要書類を添えて、下記の金額を請求します。助成金額は下記の口座に振り込んでください。

※ 申請内容の確認にあたり、国東市長が住民基本台帳等を閲覧すること、また、確認が必要な場合は、医療機関に問い合わせることに同意します。

抗体価検査費用 円（助成額 上限3,000円）

風しん単独予防接種費用 円（助成額 上限5,000円）

麻しん風しん予防接種費用 円（助成額 上限7,000円）

請求合計金額 円

ふりがな	
対象者名 (検査・接種者)	
生年月日	年 月 日
電話番号	

振込先口座

金融機関名		支店名	
貯金種別		口座番号	
ふりがな			
口座名義人			

備考)

- 1 必要書類：風しん抗体価検査領収書、風しん予防接種領収書、振込み口座通帳の写し
- 2 生活保護世帯の方へは、抗体価検査及び予防接種費用ともに全額助成とします。