



荒川区風しん予防接種等費用助成金交付申請書兼請求書

荒川区長 殿

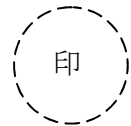
年 月 日

申請者 ※振込口座名義人と同一にすること
(郵便番号) -

住 所

氏 名

電話番号 ()



下記のとおり風しん予防接種等費用の助成金の交付を申請します。
なお、本申請に当たり、被接種者の住民基本台帳を確認することについて、同意します。助成金については、下記口座への振込みを希望します。

記

被接種者氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
住 所	荒川区 丁目 番 号		

接種医療機関	医療機関住所			
	医療機関名			
項目	検査及び接種年月日	接種に要した費用 (実額) (A)	助成上限額 (B)	(A)と(B)のいずれか 少ない方の金額(C)
風しん単抗原ワクチン	年 月 日	円	6,563円	円
麻しん風しん混合ワクチン	年 月 日	円	10,858円	円
風しん抗体検査	年 月 日	円	6,740円	円
合計請求額 (D)		円		
※生活保護世帯の方及び中国残留法人等支給給付世帯の方は (A) を記入				

振込希望先 ※いわゆるネット銀行等、振込できない金融機関があります。詳細はお問合せください

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店	金融機関 支店コード	金融機関				支店	
口座種別	01 普通 ・ 02 当座		口座番号						
口座名義 ※申請者と同一の名義 にすること	(カタカナ)								
	(漢 字)								

申請に必要なもの

- ①荒川区風しん予防接種等費用助成金交付申請書兼請求書（本用紙）
- ②医療機関の領収書 ※原本に限る
- ③印鑑（認印）※インキ浸透式スタンプは不可
- ④振込希望先を確認できるもの ※郵送の場合、写し（例：預金通帳の写し）
（生活保護世帯の方及び中国残留邦人等支援給付世帯の方）証明できる書類の写し

申請期限 検査(又は接種)後1年以内