

様式第1号(第4条関係)

塩尻市風しんワクチン接種費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

(あて先)塩尻市長

申請者 住所  
氏名  
電話番号

塩尻市風しんワクチン接種費補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

ワクチン接種を受けた者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
ワクチン接種を受けた日		年 月 日
風しんワクチンの種別	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生風しんワクチン <input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン	
請 求 金 額		円

(注) 該当する口には、レ印を記入すること。

塩尻市風しんワクチン接種費補助金の交付が決定された場合には、上記の請求金額を、次の口座に振り込んでください。

口座振込金融機関	金融機関名	銀 行 信用組合 信用金庫 農 協	支 店 名	本 店 支 店 支 所 出張所
	口座の種類	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

添付書類

医療機関が発行したワクチン接種に係る領収書