

様式第 3 号（第 10 条関係）

四條畷市麻しん風しん混合予防接種費用に係る還付金交付申請書兼請求書

年 月 日

四條畷市長 宛

申請者 住 所
氏 名
(被接種者)
電話番号

次のとおり必要書類を添付の上、麻しん風しん混合予防接種費用に係る還付金の交付申請及び請求をします。また、この還付金の交付決定するにあたり、市が必要と判断したときは、住民基本台帳の閲覧、接種した医療機関等に対して予防接種の内容や費用等について照会すること及び医療機関等がこの照会について回答することに同意します。

なお、還付金の交付を決定した場合は、下記の指定口座に還付金を振り込んでください。

対 象 該当する対象に☑ をしてください。	☐ 妊娠を希望する女性		☐ 妊娠を希望する女性の同居者		
	☐ 妊娠を希望する女性の配偶者		☐ 妊娠している女性の同居者		
		☐ 妊娠している女性の配偶者			
		※女性の配偶者または同居者の場合は女性の名前 / 生年月日 (名前 生年月日 年 月 日生)			
接 種 年 月 日		接 種 費 用		請 求 金 額	
年 月 日		円		円	
振 込 み 先 銀行口座等	口座名義人	(フリガナ)			
	金 融 機 関	銀行・信組・信金 労金・農協・漁連		本店・支店 出張所	
		分 類	普通・当座	口 座 番 号	

添付書類

風しん抗体検査の結果報告書又はその写し
当該予防接種の記録が記載された予診票の写し又は予防接種済証
当該予防接種に係る領収証
(妊娠している女性の配偶者及び同居者) 母子健康手帳の保護者氏名記載欄または居住地の写し

以下は記載しないでください。

予防接種の種類	麻しん風しん混合予防接種	(受付印)
接種医療機関名		
対象者確認欄	1 抗体検査 (結果報告書を確認) 2 被接種者	
接種年月日	年 月 日	(確認者 :)

