

銚子市長 越川 信一 様

和 7 年 12 月 2 日

スタンプ印は不可です

申請者 住 所 銚子市若宮町4-8
(被接種者) 氏 名 銚子 健次郎
生年月日 昭和 61 年 7 月 4 日生
電 話 090 (1 2 3 4) 5 6 7 8
(代筆者氏名: (続柄))



風しんワクチン予防接種費助成金交付申請書兼請求書



風しんワクチン予防接種費助成金の交付を受けたい旨を
交付要綱第7条の規定により、次のとおり申請及び請求します。

捨て印を押してください

風しんワクチン予防接種費助成金

1 接種内容

抗体検査 実施機関 XXXクリニック 実施日 令和 7 年 10 月 17 日

接種種別 ・風しんワクチン ・麻しん風しん混合ワクチン

接種したワクチンに○

実施機関 XXXクリニック 実施日 令和 7 年 11 月 30 日

接種費用 ●, ●●● 円

2 助成申請額 6, 000 円

【個人情報の取扱いについて】

銚子市個人情報保護条例に基づき、適正に取り扱います。

請求金額 6, 000 円

助成額

- ・風しんワクチン 4,000 円
 - ・風しん麻しん混合ワクチン 6,000 円
- ※金額の訂正は不可です。

【振込先】

金融機関名	店名	預金種目	口座番号
(金融機関コード: 000) 銀行	(店舗コード: 000) 本店	普通	0 0 0 0 0 0 0 0
振込先は、 申請者（接種した方）と同一 にしてください			
口座名義人	氏 名	銚子 健次郎	

※ インターネットバンキング専用の口座は、お取り扱いできません。

※ ゆうちょ銀行の場合は、他の金融機関から振り込みを受ける振込用の「店名・預金種目・口座番号」が必要です。
(例: ゆうちょ銀行 ○五八 普通預金 0 1 2 3 4 5 6)

【担当者処理欄】 J コード :

窓口受付者		市健康づくり課 記入欄		
処理者		処理日	年 月 日	支払予定日
			年 月 日	

【添付書類確認】 ☐ 風しん抗体検査結果 ☐ ワクチン接種の領収書 ☐ 接種年月日が確認できるもの

※ 領収書原本の返却希望があった場合は、チェックを入れてください。 ☐