

承認 決議 欄	理事長	副理事長 兼常任理事	理 事	事務長	課 長	主 任	担 当

## 麻しん・風しん混合（MR）ワクチン接種補助申請書

区分	接種を受けた者の氏名	被保険者証 記号・番号	接 種 日
1		— —	平成・令和 年 月 日
2		— —	平成・令和 年 月 日
3		— —	平成・令和 年 月 日
4		— —	平成・令和 年 月 日
5		— —	平成・令和 年 月 日
6		— —	平成・令和 年 月 日
7		— —	平成・令和 年 月 日
8		— —	平成・令和 年 月 日
9		— —	平成・令和 年 月 日
10		— —	平成・令和 年 月 日
補助申請金額 (1人につき1回に限り 限度額5,000円)		円	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>※支 給 決 定 金 額</span> <span>円</span> </div>
振込希望銀行	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>銀 行 信用金庫 信用組合</span> <span>本店 支店</span> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>口座番号</span> <span>普通・当座</span> </div>
(フリガナ) 口座名義			

接種料金の領収書（写）または、ワクチン購入代金の記載がある納品書（写）または、領収書（写）を添付の上、申請いたします。

令和 年 月 日

(〒 — )

住 所

第1種組合員 連絡先 氏名

氏 名

