

鶴岡市長様

令和8年度 鶴岡市風しん予防接種費用償還払申請書

《申請者(同意者)》 住 所 鶴岡市

氏 名

生年月日 昭・平 年 月 日 (歳)

電話: 自宅 / 日中連絡先

《代理申請》 住 所

氏 名 続柄

令和8年度 鶴岡市風しん予防接種費用助成事業実施要綱第9条に基づき、必要書類を添え償還払を申請します。なお、申請内容について市が保有する個人情報について閲覧・調査すること及び医療機関に問い合わせることに同意します。

※該当する番号に○をつけてください(検査の実施区分)

Table with 3 rows and 2 columns: 1 妊娠を希望している 31~50 歳(令和8年4月1日時点)の女性; 2 抗体価が不十分であると判定された上記1 の夫及び同居家族; 3 妊婦(妊娠健診等の抗体検査で抗体価が不十分と判定された、または妊婦健診の抗体検査の結果判定前である妊婦)の夫及び同居家族

※下記に記入、及びワクチンの種類に☑をつけてください。

Table for antibody test and vaccination details. Includes fields for date (令和8年4月1日以降), location (鶴岡市以外), and costs for antibody test (6,750円) and vaccination (MR 10,350円, 風しん 6,810円). Total application amount (合計申請額) is also calculated.

※振込先

Table for remittance details. Includes financial institution name (銀行, 金庫, 農協), branch (本店, 支店・出張所, 出張所), account type (1普通, 2当座, 3その他), and account number. Request number (請求番号) is also provided.

《担当課記入欄》

Table for staff entry. Columns: 受理者, 受理年月日, 決定交付日 (交付・不交付), 決定金額, 受付No., システム入力済 (checkmark).