

様式第4号（第8条関係）

令和 年 月 日

田川市長 殿

田川市妊娠希望者等風しん予防接種費用助成実績報告書

請求者  
住 所  
氏 名

田川市妊娠希望者等風しん予防接種費用助成事業実施要綱第8条第1項の規定により、  
関係書類を添えて、下記のとおり実績報告します。

記

被接種者	住 所		
	氏 名		
	生年月日		
ワクチン区分	<input type="checkbox"/> MRワクチン(乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン) <input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生風しんワクチン		
申請内容	接 種 年 月 日	年 月 日	
	接種医療機関名		
	予防接種費用①	助成上限額 ② (契約の範囲内)	助成金額 (①と②を比較していずれか少ない方の額)
	円	MRワクチン 円 乾燥弱毒生風しんワクチン 円	円

(添付書類)

- 1 風しんの予防接種又は予診を受けた医療機関が発行した領収書で、被接種者の氏名、  
風しんの予防接種費用の額及び医療機関の名称が記載されたもの
- 2 予防接種予診票の写し（予診の場合は、添付不要）