

別記様式(第4条関係)

宝達志水町風しん予防接種等費用助成金交付申請書

年 月 日

宝達志水町長 様

予防接種を受けましたので、宝達志水町風しん任意予防接種等費用助成事業実施要綱に基づき、次のとおり申請します。また、決定の際は、助成金を次の預金口座に振り込みください。

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

注) 太枠の中を御記入ください。

被接種者の 住所・氏名 生年月日	住 所 宝達志水町		
	氏 名		電話番号
	生年月日	年 月 日	( 歳)
対象者 (該当に○)	(1) 妊娠を希望している女性 (2) (1) の同居者 (3) 風しんの抗体価が低い妊婦の同居者		
予防接種日	年 月 日		
申請額内訳	風しん単抗原ワクチン _____ 円	申請額	
	風しん麻しん混合ワクチン _____ 円		
振込先	金融機関	銀行・金庫・農協 店	
	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	
	口座番号		
申請受理 年 月 日	年 月 日	決定額	円

(添付書類) 1 風しん抗体価の結果が明記された書類

2 予防接種名が明記された領収書又はそれに準ずる書類