

聖籠町風しん予防接種費用助成事業申請書

年 月 日

聖籠町長 様

申請者 住 所 聖籠町大字

氏 名 印

生年月日 年 月 日

電話番号

次のとおり風しん予防接種費用の助成を申請します。

なお、聖籠町長が支給決定に関して助成の適正を図るため、個人情報及び予防接種歴を閲覧・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。

接種を受けた 年 月 日	年 月 日	対象者の区分	1 妊娠を予定又は希望する女性 2 1の夫又は同居の親族 3 妊婦の夫又は同居の親族 ※3に該当の場合は以下も記入 妊婦氏名 _____ 生年月日 _____年 月 日
接種を受けた 医療機関名			
ワクチンの種類	1 麻しん風しん混合 (MR) ワクチン 2 風しん単抗原ワクチン		
振込指 定機関	金融 機関名		口座番号等 1 普通 2 当座
	本店 支店名	1 本店 2 _____支店	フリガナ _____ 口座名義人

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任状に記入・押印してください。

私は上記口座名義人に風しん予防接種費用助成金の受け取りを委任します。 年 月 日 氏名 _____ 印

- 1 添付書類として医療機関が発行した領収書、接種が確認できるものを添付してください。
- 2 助成金の額は、予防接種に係る費用に3分の2を乗じた額（100円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額）となります。
- 3 助成金の振込は、申請があった日の翌月末となります。

助成申請額 _____ 円

町使用欄	<input type="checkbox"/> 風しん罹患歴の確認
	<input type="checkbox"/> 予防接種歴の確認
	<input type="checkbox"/> 妊婦ではないことの確認（女性のみ）