

川北町風しん予防接種費用助成金支給申請書

年 月 日

川北町長

風しん予防接種費用の助成を受けたいので、川北町風しん予防接種費用助成事業実施要綱第四条の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、本申請の審査に必要な範囲で、予防接種状況等及び住民基本台帳の確認を行うことに同意します。

申請者 (被接種者)	住 所	川北町			
	フリガナ		性別	男・女	
	氏 名				
	生年月日	年 月 日 (歳)			
対象者区分 該当するものに○	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者や同居者 <input type="checkbox"/> 風しんの抗体価が低い者				
接種年月日	年 月 日				
接種費用	円				
支給決定された助成金については、下記口座に振り込んでください。					
振 込 先	金融機関名		銀行 信用金庫 農業協同組合		本店 支店
	種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ 口座名義人 (申請者と同一)				

(添付書類)

- ・領収書の原本（被接種者名、支払金額、接種日、接種ワクチン、接種医療機関がわかるもの）
- ・被接種者の予防接種歴がわかるもの（母子手帳等）
- ・実施要綱第4条1項の1に該当する者は、風しん抗体検査の結果がわかる書類

※処理欄は記入しないでください。

処理欄	決定年月日	本人負担額	支給決定額
	年 月 日	円	円