

第1号様式（第5条関係）

明和町風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

明和町長 様

申請者

住 所 明和町.....

氏 名 .....㊟

連絡先.....

私は、風しん予防接種を受けたので明和町風しん予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請及び請求します。

なお、申請に当たり次のとおり確認及び同意します。

1 確認・同意事項

- (1) 予防接種を受けた日までに 風しんにかかったことがなく、かつ、風しんの予防接種を2回受けたことがありません。
- (2) 私の世帯は、 年度住民税の（課税・非課税）世帯です。
- (3) 町が、申請内容について、必要に応じ、保有する個人情報を見学・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。

2 対象者区分（次のいずれかに○をしてください。）

A	妊娠を予定、又は希望している女性
B	妊婦の夫
C	妊婦と同居する家族

3 接種内容

被接種者	住 所	明和町				
	フリガナ					
	氏 名					
	生年月日	年	月	日	年齢	歳
妊婦氏名（B・Cの方のみ）						
接 種 医 療 機 関 名						
接 種 医 療 機 関 住 所						
予 防 接 種 を 受 け た 日		年	月	日		

4 助成金請求額

予防接種費用額	円	助成金請求額	円
---------	---	--------	---

※ 申請時に必要なもの

- ①領収書の原本・接種証明書等（風しん予防接種の接種確認ができる書類）
- ②母子健康手帳（妊婦の夫及び妊婦と同居する家族の方のみ必要）

振込先

金融機関名	銀行・信金・農協	本店・支店
口座番号	普通・当座	
(フリガナ) 口座名義人		

※処理欄

区分：A・B・C	住民税課税状況：課税・非課税	助成金額：5,000円・	円
----------	----------------	--------------	---