

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

(宛先)明和町長 様

申請者

住 所 〒 _____
明和町大字

氏 名 _____

電話番号 _____

明和町風しん予防接種費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請及び請求します。

1 確認事項(※以下の内容について確認し、□に✓をご記入ください。)

- 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。
- 町が、申請内容について、必要に応じ、保有する個人情報を読覧・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。

2 申請内容

| | | | | | |
|--------------------------------|---|-------------------------------------|--------------|---|--|
| 被 接 種 者 | 住 所 | <input type="checkbox"/> 申請者 と同じ | 明和町大字 | | |
| | フリガナ 氏 名 | <input type="checkbox"/> 申請者 と同じ | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 年齢 | 歳 | |
| | 接種日 | 年 月 日 | | | |
| | 接種費用 | 円 | 申請額 (請求額) | 円 | |
| | 接種医療機関名 | | | | |
| | 接種医療機関住所 | | | | |
| 対象者区分 ※該当する欄に○を つけてください。 | 妊娠を予定、又は希望している女性 | | | | |
| | 妊婦の夫及び妊婦と同居する家族 ※同居する妊婦の氏名等をご記入ください。 (妊婦の氏名) (続柄) (生年月日) 年 月 日 | | | | |
| 振 込 先 | 金融機関名 | 銀行・信金・農協 本店・支店 | | | |
| | 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 | | |
| | (フリガナ) 口座名義人 | | | | |

【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)