

様式第1号 (第4条関係)

紀宝町風しんワクチン接種費補助金交付申請書兼請求書

紀宝町長 様

年 月 日

申請者〔住所〕紀宝町

〔氏名〕

⑩

〔被接種者との続柄〕()

〔電話番号〕

紀宝町風しんワクチン接種費補助金の交付を受けたいので、紀宝町風しんワクチン接種費補助金交付要綱第4条の規定により申請(請求)します。

被接種者の住所 氏名 生年月日	住所 紀宝町	
	(ふりがな)	
	氏名	
	生年月日： 年 月 日 (歳)	
対象者の区分 1、2のどちらかに○	1. 妊娠を希望する女性 2. 妊婦の夫及び妊婦と同居する家族 (妊婦の名前：) (生年月日：) [抗体価：HI32倍・EIA16未満 ・ 不明] ※2.の場合、妊婦が風しんに感染しないとされる抗体価を有する場合は対象外。	
予防接種を受けた医療機関名		
予防接種を受けた年月日	年 月 日	
予防接種金額	円	
※補助金額 (請求額)	円 接種費の5,000円を上限とします。	
振込先	金融機関名	銀行・組合 本店・支店 金庫・農協 出張所
	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	

添付書類 1. 医療機関発行の領収書の写し
 2. 接種が証明できるもの(済証、予診票、母子健康手帳の写し等)
 ※は記載しないでください。