

御浜町風しんワクチン予防接種費補助金交付申請書

年 月 日

御浜町長 宛て

申請者 住所 御浜町大字

氏名

㊞

電話番号

御浜町風しんワクチン予防接種費補助金の交付を受けたいので、交付要綱第4条の規定により申請します。

| | |
|---------------------------|-------------------------|
| 対 象 者 区 分 | 妊娠希望の女性 ・ 妊婦の夫 ・ 妊婦同居家族 |
| ※ 妊 婦 者 氏 名 | |
| 被 接 種 者 氏 名 | |
| 被 接 種 者 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| 予 防 接 種 を 受 け た 年 月 日 | 年 月 日 |
| 予 防 接 種 を 受 け た 医 療 機 関 名 | |
| 予 防 接 種 名 | 風しんワクチン ・ 麻しん風しん混合ワクチン |
| 予 防 接 種 料 金 | ¥ |
| 交 付 申 請 額 | ¥ |

※ 妊婦の夫及び同居家族の場合は記載。

(添付書類)

- 1 医療機関発行の領収書の写し、若しくはそれに代わるもの
- 2 任意予防接種済証の写し、若しくはそれに代わるもの
- 3 妊婦の夫及び同居家族においては、母子健康手帳の写し

振込先金融機関等

| | | | |
|-------|--|-------|--|
| 銀行コード | | 支店コード | |
| 銀行名 | | 支店名 | |
| 口座種類 | | 口座番号 | |
| ふりがな | | | |
| 口座名義人 | | | |