

おおい町先天性風しん症候群対策任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

おおい町長 様

申請(請求)者

住 所	おおい町	第 号	番地
氏 名	(印)		
電話番号			

おおい町先天性風しん症候群対策任意予防接種費用助成要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり、予防接種費用の助成を申請し、助成金を請求します。

なお、この申請に基づく助成の決定にあたり必要な場合は、町が住民基本台帳を閲覧し、又は、接種医療機関に問い合わせることに同意します。

被接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名				
住 所	〒	—	(電話番号	—)
	おおい町		第 号	番地	
			生活保護受給の有無	有・無	
対象者区分 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> (1) 妊娠を希望している女性 <input type="checkbox"/> (2) (1)の配偶者などの同居者 <input type="checkbox"/> (3) 風しん抗体価の低い妊婦の配偶者などの同居者				
予防接種区分 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 風しん単抗原ワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン				
接種医療機関			接種日	年 月 日	
接種費用		円	申請額 ※1 (請求額)	円	

※1 申請額(請求額)欄は、記入しないでください。

振込先 金融機関	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	種 目	口座番号			
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金				
			2 当座預金				
			3 その他				
フリガナ							
氏 名							

【この欄は、申請者と振込口座名義人が異なる場合に記入押印下さい。】

私は、本申請(請求)に基づく「おおい町先天性風しん症候群対策任意予防接種費用助成金」の受領を振込先の名義人に委任します。

申請(請求)者氏名 (印)

※ 添付書類は裏面で確認してください。

【添付書類】

- 医療機関が発行する当該予防接種に要した費用が分かる領収書（原本）
- 通帳又はキャッシュカードの写し
- 風しん抗体の陰性が確認できる書類
- 生活保護受給証明書（生活保護受給者に限る。）

添 付 書 類 貼 り 付 け 欄