

別記様式第1号

邑楽町成人の風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

邑楽町長 宛て

下記のとおり風しん予防接種費用の助成金の交付を申請し、下記金額を請求します。
 なお、申請内容の確認に当たり、邑楽町長が住民基本台帳を閲覧すること及び確認等が必要な場合に接種医療機関に問い合わせすることに同意します。

1. 申請者 (被接種者)	フリガナ 氏 名
2. 接種者区分 (該当を○で囲む)	A 妊娠を予定又は希望している女性
	B 妊娠を予定又は希望している女性の夫 【妊娠を予定又は希望している女性】 氏名 生年月日 年 月 日
	C 現在妊娠をしている女性の夫、同居家族 【妊娠をしている女性】 氏名 生年月日 年 月 日 当該女性と接種者の関係 夫・同居家族 ()
3. 住 所	邑楽町大字
4. 電話番号	
5. 接種医療機関	医療機関住所 医療機関名

助成申請額 (①、②どちらか1回限り)

接種ワクチン (使用ワクチンに○)	接種年月日	接種費用	助 成 額
①麻しん風しん混合	年 月 日	円	5,000円
②風しん単独	年 月 日	円	3,000円

希望振込先

振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	支店名等	本 店 支 店 出張所
	種 別	1. 普通 2. 当座	口座番号	
	口座名義人 (申請者と同一)	-----		

(注) 以下の書類を添付してください。

1. 医療機関の領収書・・・予防接種名がわかるものの原本 (コピー不可)

2. 申請者本人名義の通帳のコピー・・・口座番号、名義人がわかるページ

※その他書類審査の結果、町長が必要と認める書類の提出をお願いすることがあります。