

別記第1号様式（第4条関係）

芝山町風しん予防接種費用助成金申請書

年 月 日

芝山町長 様

申請者 住 所  
氏 名 ⑧  
電話番号 ( )

芝山町風しん予防接種助成事業実施要綱第4条第1項の規定により助成金の交付を申請します。また、この申請内容について確認が必要な場合は、町が保有する個人情報を読覧することに同意します。

ふりがな			
被接種者名		申請者との続柄 ( )	
被接種者生年月日		年 月 日 ( 歳)	
対象者区分		<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者 <input type="checkbox"/> 妊婦の配偶者	
風しん抗体検査実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
ワクチンの種類		<input type="checkbox"/> 風しんワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン	
接種年月日		年 月 日	
申請額		円	
助成金の振込先	金融機関名	支店名	
	預金種目	普通・当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

【添付書類】

- 1 予防接種に要した費用の領収書
- 2 予防接種を受けたこと、予防接種の種類及び接種日を確認することができる書類  
(領収書の記載で確認することができる場合は省略可)
- 3 風しん抗体検査を受けた場合は、抗体価及び検査日を確認することができる書類