

様式第1号（第4条関係）

小川町風しん予防接種費用助成金支給申請書

小川町長 宛て

年 月 日

申請者（請求者）住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 \_\_\_\_\_

小川町風しん予防接種費用助成金支給要綱第4条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。  
 なお、申請内容の確認にあたり、町が住民基本台帳を閲覧すること及び必要な場合は医療機関に問合せをすることに同意します。

被接種者	住 所	小川町		
	氏 名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日生（ 歳 ）		
接種区分	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する満19歳から満49歳までの女性 <input type="checkbox"/> 上記の夫（事実婚を含む） <input type="checkbox"/> 風しん抗体価が低い妊婦の夫（事実婚を含む）			
接種医療機関名		接種年月日	年 月 日	
接種ワクチン	<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			
接種費用額	円	申請額	円	
【振込先】（※通帳を確認の上、記入してください。）				
金 融 機 関 名		預金種別	口座番号	
銀行・信用金庫		本店	普通	
農協・信用組合		支店	当座	
フリガナ				
口座名義 （申請者）				

※町記入欄（以下は記入しないでください）

確認事項	<input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> 抗体検査結果[ _____ ]
添付資料	<input type="checkbox"/> 抗体検査結果 <input type="checkbox"/> 予防接種済証等 <input type="checkbox"/> 領収書（原本） <input type="checkbox"/> 母子健康手帳（妊婦の夫のみ） <input type="checkbox"/> 生活保護受給者証（生活保護受給世帯のみ）
支給決定額	円