



年 月 日

大紀町長 様

申請者 住所

(保護者) 氏名



電話番号

大紀町風しんワクチン予防接種費助成金交付申請書兼請求書

大紀町風しんワクチン予防接種費助成金交付要綱第4条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

<input type="checkbox"/> 妊娠を希望している女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望している女性の同居者 <input type="checkbox"/> 抗体価の低い妊婦と同居する家族				
被接種者名	生年月日	接種日	接種金額	助成金額
申請者との続柄	昭和 平成 年 月 日	年 月 日	円	円

金融機関名			口座番号	(フリガナ) 口座名義人
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	種別 普通 当座		

※ 口座名義人は、被接種者名又は保護者名と同一でお願いします。

※ 関係書類

- ・麻しん風しん混合ワクチン (MR ワクチン) 又は風しん単抗原ワクチン予防接種領収書の原本 (被接種者名・ワクチン名・接種日・金額が明記されたもの)
- ・風しん抗体検査の結果の写し
- ・現住所が確認できるもの