**様式第１号**（第４条関係）

大紀町麻しん（風しん）予防接種費助成金交付申請書

年　　月　　日

　　　大紀町長　様

申請者（保護者）住所氏名電話　　　　　　　　印

　　大紀町麻しん（風しん）予防接種費助成金の交付を受けたいので、大紀町麻しん（風しん）予防接種費助成金交付要綱第４条の規定により申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者　氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 被接種者　住所 | 大紀町 | | |
| 接種を受けた日 | 年　　月　　日 | 接種を受けた予防接種名  （どちらかに○をして下さい） | |
| 接種を受けた医療機関名 |  | 麻しん風しん混合（１期・２期）  　　　　麻しん（１期・２期）　　　　風しん（１期・２期） | |

　（添付書類）

　　１　麻しん（風しん）単抗原ワクチン接種事由書

　　２　大紀町麻しん（風しん）単抗原ワクチン予防接種費助成金請求書

　　３　麻しん（風しん）予防接種領収書：被接種者名・接種日・麻しん（風しん）予防

接種が明記されたもの