様式第１号（第４条関係）

○印

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。

|  |
| --- |
| * 妊娠を希望している女性
* 妊娠を希望している女性の同居者
* 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 |
|  |  |  | 年 月 日 | 円 | 円 |
| 申請者との続柄 | 昭和 平成 | 年 月 日 |
|  |  |  |
|  |
| 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