

様式第 1 号(第 4 条関係)

大紀町麻疹（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 住 所  
(保護者) 氏 名 ㊟  
電 話

大紀町麻疹（風しん）予防接種費助成金の交付を受けたいので、大紀町麻疹（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 (いずれかに○をして下さい)	
接種を受けた 医療機関名		麻疹風しん混合 (1 期・2 期) 麻疹 (1 期・2 期) 風しん (1 期・2 期)	

(添付書類)

1. 麻疹（風しん）予防接種遅延事由書
2. 大紀町麻疹（風しん）予防接種費助成金請求書
3. 麻疹（風しん）予防接種領収書：被接種者名・接種日・麻疹（風しん）  
予防接種が明記されたもの