様式第1号（第4条関係）

受付

大台町風しん予防接種費用助成金交付申請書

年　　月　　日

大台町長　様

申請者　〒　　－
（予防接種をした方）　住　所　大台町
氏　名　　印
連絡先

風しん予防接種を受けましたので、関係書類を添えて申請します。
なお、申請内容について、町が保有する個人情報を閲覧・調査すること、及び医療機関に問い合わせることに同意します。

下のいずれかに〇をしてください。

ア	妊娠を予定、または希望している女性	
イ	妊婦の夫	（妊婦氏名　　）
ウ	妊婦と同居する家族	（妊婦氏名　　）

1.接種内容

予防接種を受けた者	（フリガナ）氏名			性別	男・女
	生年月日	年　月　日		年齢	
	ワクチンの種類	①	麻しん風しん混合（MR）ワクチン		
		②	風しん単抗原ワクチン		
	接種年月日	平成　年　月　日			
	実施医療機関	医療機関名			
		接種料	円		

2.助成金額

円

3.振込先

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫・農協　　支店
	口座番号	普通・当座
	（フリガナ）名義人	（　　）

4.添付書類

① 医療機関発行の領収書原本・接種済証等（予防接種を受けた事を証明する書類）
② 母子健康手帳の写し、妊娠届出書等（夫、父親欄の記入のあるもの）
③ 印鑑及び振込口座の通帳(店舗名、口座番号のわかるページのコピー可)

住民基本台帳確認	