

別記様式（第5条）

栄町風しんワクチン接種費用助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

栄町長 様

住 所
フリガナ
氏 名
請 求 者
生年月日 年 月 日
電話番号

風しんワクチン接種費用に係る助成金の支給を受けたいので、栄町風しんワクチン接種費用の助成に関する要綱第5条の規定により、次のとおり申請の上、請求します。

助 成 金 請 求 額	☐ 3, 0 0 0 円（乾燥弱毒生風しんワクチンの場合） ☐ 5, 0 0 0 円（乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチンの場合）		
助 成 対 象 者 の 区 分	☐ 妊娠を希望する女子 ☐ 妊娠を希望する女子の配偶者 ☐ 妊婦の配偶者		
	妊娠希望 女子又は 妊 婦	住 所	
		氏 名	
		生年月日	年 月 日
予防接種を受けた 医療機関の名称 及 び 所 在 地	名 称： 所在地：		
接 種 年 月 日	年 月 日		
支払接種費用額	円		

振 込 先	金融機関名	銀行・金庫・農協 本店・支店・支所		
	預 金 種 別	☐ 普通・ ☐ 当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義人			

- 添付書類
- 1 接種費用の領収書又はその写し
 - 2 予防接種を受けた医療機関及び年月日並びに接種したワクチンの種類を証する書類
 - 3 風しん抗体検査の結果又はその写し
 - 4 預金通帳の写しその他の助成金の振込先として指定する金融機関の口座を確認することができる書類
 - (5 その他町長が必要と認める書類)