

様式第1号（第4条関係）

川島町風しん予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

川島町長 様

住 所 川島町

申請者 氏 名

電話番号

川島町風しん予防接種費用助成金交付要綱第4条の規定により、風しん予防接種費用助成金を申請します。なお、この申請内容について川島町が保有する個人情報を閲覧・調査すること及び予防接種を受けた医療機関等に問い合わせることに同意します。

接 種 理 由 ()に○を付けて下さい。	() 妊娠を希望している女性（19歳以上49歳以下の者） () 配偶者が妊娠している男性（19歳以上の者）	
接 種 日	年 月 日	
住 所	川島町	
ふ り が な 被 接 種 者	-----	
生年月日（年齢）	年 月 日 （ 歳）	
接 種 医 療 機 関	住所	
	名称	
交 付 申 請 額	3,000 円	
振 込 先	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
	普 ・ 当 口 座 番 号	
	フ リ ガ ナ 口 座 名 義 人	-----

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任状に記名・押印してください。

私は、上記名義人に風しん予防接種費用助成金の受取を委任します。

年 月 日

申請者氏名

印

申請に必要な添付書類

- ①接種医療機関の領収書（原本）。
- ②風しん予防接種を受けたことが分かる書類のコピー（予診票・接種済証等）。

※職員記入欄

本人確認書類				確認事項		受付年月日
住基	保	免	パ	振込口座	母子手帳（妊婦の夫）	