

大泉町風しん予防接種費用助成金交付申請書

大 泉 町 長 様

大泉町風しん予防接種費用助成金を申請いたします。支給決定金額は、下記口座に振り込んで下さい。
なお、この申請に基づく支給決定に当たり、住民基本台帳の閲覧、生活保護費等の受給状況等の調査及び医療機関等にワクチンの接種の事実の確認をすることに同意します。

申請者 住 所
(被接種者) 氏 名

フリガナ 被接種者氏名		住 所 大泉町
生年月日	昭和 年 月 日 平成	電 話
対象者区分 ※該当する番号を○で囲む	1. 妊娠を予定し、若しくは希望している女性又はその夫 2. 妊娠している女性の夫	
費用免除区分 ※該当する方は番号を○で囲む	1. 生活保護世帯 2. 中国残留邦人等支給給付世帯	
接種医療機関		
接種年月日	年 月 日	
接種ワクチン ※該当する番号を○で囲む	1. 風しんワクチン	2. 麻しん風しん混合ワクチン
接種費用	円	円
決定金額 ※金額は記入しないでください	円	円

※助成できるのは風しんワクチン・麻しん風しん混合ワクチンのどちらか一方のみです。両方の接種の助成はできません。

振 込 口 座	いずれかを記入して下さい。	ゆうちょ銀行 以外の 金融機関	銀行 農協 信用金庫		本店 支店 出張所					
			金融機関 コード		店番号					
			普通 ・ 当座		口座番号（右づめで記入して下さい。）					
		ゆうちょ銀行	店番号		口座番号（右づめで記入して下さい。）					
て必ず記入して下さい。	フリガナ									
	口座名義人	必ず記入して下さい 申請者と口座名義人が異なる場合は、下記も記入願います								

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任状に記入してください(申請者氏名は、本人が署名するか記名押印してください。).

私は、上記口座名義人に大泉町風しん予防接種費用助成金の受取を委任いたします。

年 月 日 申請者氏名