

明和町風しん予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

明和町長 あて

申請者 住所 明和町

氏名 印

電話

明和町風しん予防接種費用の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

接種を受けた者	住所	明和町	氏名	(男・女)
	生年月日	年 月 日生(歳)	予防接種の種類	麻しん風しん混合ワクチン・風しん単独ワクチン
	接種日	年 月 日	接種費用	円
	接種した医療機関等の名称		助成決定額	円

次のいずれかに該当する方は、該当する番号に○をつけてください。

- 1 生活保護世帯 2 中国残留邦人等支援給付世帯

同意書

私は、風しんワクチン予防接種費用に係る助成金の交付決定に当たり、申請の内容について、町が保有する個人情報を開覧又は調査すること及び、必要に応じて接種した医療機関へ問い合わせることに同意します。また、生活保護世帯若しくは中国残留邦人等支援給付世帯の該当の有無について、町職員が確認することに同意します。

明和町長 あて

氏名

印

助成金振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	店 出張所 所	預金種目	1 普通預金 2 当座預金
口座番号		口座名義人	(ふりがな)	

- (注意) 1. 太枠内を記入してください。
2. 裏面に医療機関の領収書を添付してください。

領収書添付欄