

(様式1)

風しん予防接種費用助成申請書

令和 年 月 日

本部町長 殿

下記のとおり、成人の風しん予防接種費用の助成を申請しますので下記の口座に振込願います。

(太枠のみ記入又は該当するものにチェックをお願いします。)

フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日
申請者 (被接種者)			
住所	本部町字 (電話番号)		
該当内容	<input type="checkbox"/> (1) 妊娠を予定又は希望している女性 <input type="checkbox"/> (2) (1)の夫(パートナー) <input type="checkbox"/> (3) 妊娠している女性の夫(パートナー)		
予防接種種類	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)ワクチン (助成額 5,000円) <input type="checkbox"/> 風しんワクチン (助成額 3,000円)		
接種医療機関			
接種日(年齢)	令和 年 月 日 (年齢: 歳)	女性: 19歳~50歳未満 男性: 19歳~60歳未満	
領収書金額	円	助成金額 (この欄は記入しない)	円

※過去に本部町風しん助成を受けた方は対象外となります

振込先

※口座名義人は申請者(被接種者)本人に限ります

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
預金種別	普通・当座	口座番号
フリガナ		
口座名義人		

*申請者と届出人が異なる場合は、記入して下さい。

届出人氏名

(申請者(被接種者)との続柄:)

住所

連絡先

【必要書類など】

- 領収書原本又は写し
- 予防接種済証(医療機関発行)の写し
- 振込先の通帳又はキャッシュカードの写し
(振込口座のわかる部分の写し)
- 過去の履歴確認(健康カルテ)

【申請期間】

接種日から1年以内

(土・日・祝祭日・年末年始、昼食時間は除く)

【申請先】本部町役場 子育て支援課

おやか保健班 ☎0980-47-2103

受付日	振込予定日		
	/		
	No.		
	書類確認	システム入力	振込手続完了