

別記

第1号様式（第4条関係）

多古町風しんワクチン・麻しん風しん混合ワクチン予防接種費用助成金  
 交付申請書兼請求書

年 月 日

多古町長 様

申請者 住 所 多古町  
 氏 名 ⑩  
 生年月日 年 月 日生  
 被接種者との関係  
 電話番号

多古町風しんワクチン・麻しん風しん混合ワクチン予防接種費用助成実施要綱第4条の規定により、下記のとおり申請及び請求します。なお、この申請内容について、町が保有する個人情報を閲覧・調査すること及び医療機関に問い合わせることに同意します。

記

被接種者	住 所	多古町						
	氏 名		生年月日	年	月	日		
対象者区分	<input type="checkbox"/> 妊娠を予定もしくは希望している女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を予定もしくは希望している女性の配偶者(事実上の婚姻関係にある者を含む) <input type="checkbox"/> 妊婦の配偶者(事実上の婚姻関係にある者を含む)							
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン							
接種を受けた医療機関名		接種年月日	年	月	日			
予防接種に要した費用		円	助成申請額				円	
助成金振込口座	金融機関名	銀行・農協 信用金庫					本店・支店 本所・支所	
	預金種目	普通	当座	口座番号				
	ふりがな							
	口座名義人							
町確認欄	添付書類	<input type="checkbox"/> 予防接種に要した費用の領収書 <input type="checkbox"/> 予防接種の接種年月日及び接種したワクチンの種類が確認できる書類						
	備考							