

矢掛町風しん予防接種費助成金償還給付申請書

年 月 日

矢掛町長殿

申請者 住 所 矢掛町  
 氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
 接種者との続柄 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

風しん予防接種費用にかかる給付を受けたいので、必要書類を添えて下記のとおり申請します。決定後の給付に当たっては、次の口座へ振り込んで下さい。なお、申請内容について、矢掛町が保有する給付に必要な個人情報の閲覧及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

※太枠内をご記入ください

※申請者は、接種者本人または同一世帯の方に限ります

ふりがな				性 別	生年	年 月 日 ( 歳)	
接種者氏名				男・女	月 日		
住 所	小田郡矢掛町						
電話番号	電話	0866 ( )	携帯	- -			
助成対象者の区分	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望、予定している女性で、風しんの抗体価が不十分であったもの <input type="checkbox"/> 妊婦又は妊娠を希望、予定している女性の配偶者及び同一世帯家族で、風しんの抗体価が不十分であったもの						
	妊娠を希望、予定している女性または妊婦について記入してください。 ふりがな _____ 氏 名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日 住 所： 小田郡矢掛町						
助成対象者の確認	<input type="checkbox"/> 矢掛町風しん予防接種費助成金の交付を受けたことがない <input type="checkbox"/> 抗体検査を受け、風しんの抗体価が不十分であると判明している 【検査法： _____ 法，抗体価： _____】						
受けた予防接種	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン <input type="checkbox"/> 風しん単独ワクチン		接 種	住 所			
接種日	年 月 日		医 療	電 話 番 号			
接種に要した費用	円		機 関	名 称			

振込先口座 (名義人は、申請者と同一人物であること)

振込先金融機関名	銀行・金庫 組合・農協		支店名		
			預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座	
店番号			口座番号		
口座名義人	フリガナ				
	氏 名				

添付書類

- ◎ 予防接種をした際の領収書を裏面に糊付けしてください。
- ◎ 風しん抗体検査等の結果がわかるものを添付してください。

-----  
 これより下は記入不要です

(矢掛町記入欄)

審査年月日	年 月 日
審査結果	承認 ・ 却下
決定金額	金 円

受 付 印	

( 裏 面 )

○ 領収書貼付欄

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying most of the page. It is intended for pasting a receipt, as indicated by the label above it.