

鷹栖町風しん予防接種費用助成申請書

年 月 日

鷹栖町長 様

関係書類を添えて、下記のとおり風しん予防接種費用の助成の申請をします。

申請者 (予防接種をした方)	住所	鷹栖町
	氏名	Ⓜ
	電話番号	

次のA・Bいずれかに ○ をしてください。

A	19歳以上の妊娠前の女性	申請額 円
B	風しんの抗体価が低い妊娠している女性の夫	

予防接種をした方	ふりがな 氏名							
	生年月日	年 月 日 ( 歳)						
	配偶者氏名	(Bの方のみ記入してください。)						
	接種年月日	年 月 日						
	医療機関名							
振込先金融機関	銀行・農協・信用金庫 店							
	口座の種類/番号	普通	当座					
	ふりがな 口座名義人	(姓)			(名)			

同意書	
私は、鷹栖町風しん予防接種費用助成金の交付要件の確認のため、鷹栖町長が住民基本台帳を閲覧及び調査することに同意します。	
年 月 日	申請者氏名 Ⓜ

注) 太枠の中をご記入ください。振込先は申請者名義の口座としてください。

<申請に必要なもの>

- 1 鷹栖町風しん予防接種費用助成申請書（様式第1号）
- 2 接種医療機関の領収書の原本（領収書は返却しません）
- 3 上記Bに該当する方は、妻の母子健康手帳
- 4 印鑑（申請書に押印したもの）
- 5 町税等納付状況調査同意書（鷹栖町町税等の滞納者に対する行政サービスの制限措置に関する条例施行規則別記様式第1号）

※鷹栖町記入欄

処理欄	申請受理年月日				(承認・不承認) 決定年月日		
	受給者番号						
	課長		補佐・主幹		係長・主査		係