

島本町風しん予防接種費用助成申請書

島本町長 様

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

電話番号

（対象者との続柄）

島本町風しん予防接種費用助成事業実施要綱第4条第1項の規定に基づき、次のとおり風しん予防接種に要した費用の助成を申請します。助成金については、次の口座へ振込みを依頼します。なお、審査のため、対象者の住民基本台帳を閲覧することに同意いたします。

対 象 者	フリガナ				性別	男・女	
	氏 名						
	生年月日	年 月 日（ 歳）					
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
抗体検査	検 査 日	年 月 日	結果	検査方法	抗体価		
予防接種	接 種 日	年 月 日	金額	<input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> MR		円	
対 象 者 確 認 欄	接種日時点	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者 <input type="checkbox"/> 妊婦の配偶者 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の同居者 <input type="checkbox"/> 妊婦の同居者					
振 込 先 座 口 座	金融機関名	銀行・信金 農協・組合			支店		
	口 座 番 号					預金種別	
	フリガナ					普通	
	口 座 名 義					当座	