

別記様式第1号（第6条関係）

日野町任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書（日野町成人期風しん予防接種）

年 月 日

日野町長 様

申請者 住所: 日野町

氏名:

印

電話番号:

下記のとおり、任意予防接種費用にかかる助成金の交付を申請および請求します。

なお、この申請による助成金の交付のため、世帯の確認および受診した医療機関に当該予防接種について照会することに同意します。

被接種者	住所	日野町			
	氏名		個人番号		
	生年月日	年 月 日生 (歳)		申請者との関係	
助成対象 の区分	1. 妊娠を希望する女性 2. 風しんの抗体価が低い妊婦などの同居の方 ※滋賀県風しん抗体検査の結果、予防接種が必要と判断された方に限る				
	※ 2の方は、妊婦についてご記入ください。 妊婦の氏名 _____ 妊婦の住所 日野町 _____				
接種した 予防接種	1. 風しん単ワクチン 2. 麻しん風しん混合ワクチン (MR ワクチン)				
接 種 日	年 月 日	接種医療機関			
接種費用	円	助 成 金 の 額 (上限 7,000 円)		円	

助成金は、以下の振込先に振り込んでください。

振込先	ゆうちょ銀行以外	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所	
		預金種別	普通 当座	口座番号		
		口座名義	(フリガナ) _____			
	ゆうちょ銀行	通帳記号		通帳番号		
		店 番		預金種目	普通 当座	口座番号
		口座名義	(フリガナ) _____			

添付書類) ①医療機関の領収書 (写し) (被接種者名、予防接種名、接種費用および接種日がわかるもの) ②滋賀県風しん抗体検査結果書 (写し) ③その他の書類