

鳩山町風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

鳩山町長 宛て

申請者 住所 鳩山町
氏名

㊞

鳩山町風しん予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により次のとおり申請します。
なお、本申請書兼請求書の内容について、町が保有する個人情報を読覧すること及び本
予防接種の事実につき接種医療機関に照会することに同意します。

対象者区分	1 妊娠を予定し、又は希望している女性 2 現に妊娠している女性の配偶者（妊婦氏名 _____）								
生年月日	年	月	日	年 齡	満	歳			
接種した ワクチン	1 風しん単抗原（風しん単独ワクチン） 2 MR ワクチン（麻しん・風しん混合ワクチン）								
接種医療機関	医療機関名 住所 電話番号								
接種年月日	年	月	日						
接種金額	円								
振 込 先	金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所・出張所				
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号						
	ふりがな								
	口座名義人								

※添付書類

- 1 接種医療機関が発行した本予防接種に係る領収書
- 2 本予防接種を受けたことが分かる書類

※問合せ先

鳩山町保健センター 電話 049-296-2530