様式第１号（第４条関係）

双葉町風しん予防接種費用助成金交付申請書

双葉町長　宛

私は、双葉町風しん予防接種費用の助成について、関係書類を添えて申請します。

なお、申請内容について、町が保有する個人情報を閲覧・調査すること、及び、

医療機関等に問い合わせることに同意します。

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　 名 | ㊞  |
| 住 　所 | 双葉町大字 |
| 避難先住所 |  |
| 電 話 番 号 |  |

申請者

|  |  |
| --- | --- |
| 助成対象区分（□にチェックしてください） | □　妊娠を希望している女性□　妊娠を希望している女性の配偶者（事実婚を含む） |
|  |
| 予防接種を受けた方 | 氏　　 名 |  |
| 生 年 月 日 | 昭和 ・ 平成　　　年　　　月　　　日　（　　　歳） |
| 接種年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 検査・予防接種の種類（□にチェックしてください） | 　□　抗体検査　□　MR（麻しん風しん混合）ワクチン　　　□　風しんワクチン |
| 接 種 料 金 |  |
| 医療機関名 |  |
| 医療機関電話番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 振込先金融機関 | 銀　　行　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　　　　　　　　　　支　店農　　協 |
| 口座の種類／番号 | 普通・当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 添付書類 | * 領収証の原本
* 予防接種済証（医療機関にて発行）の写し等
* 運転免許証又は健康保険証等の写し

　　　※助成対象区分が「妊娠している女性」の場合のみ |

町使用欄（記入しないでください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 添付書類 | 通知書 | 備考 | 受付 |
| □ 領収証□ 予防接種済証等□ （母子手帳写し） |  |  | □ 郵送□ 窓口 |