

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読覧・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。

年 月 日

申請者

氏名	Ⓜ
住所	双葉町
避難先住所	
電話番号	

助成対象区分 (□にチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望している女性 <input type="checkbox"/> 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	年 月 日
	検査・予防接種の種類 (□にチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 抗体検査 <input type="checkbox"/> MR (麻しん風しん混合) ワクチン・ <input type="checkbox"/> 風しんワクチン
	接種料金	円
	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 農協			支店
	口座の種類/番号	普通・当座		
	フリガナ			
	口座名義人			

添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書の原本
	<input type="checkbox"/> 予防接種済証 (医療機関にて発行) の写し等
	<input type="checkbox"/> 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配偶者」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
<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 予防接種済証等 <input type="checkbox"/> (母子健康手帳)			<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口