

双葉町風しん予防接種費用助成金交付申請書

双葉町長 様

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。

令和 年 月 日

申請者

氏名	
住所	双葉町大字
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）
--------------------------	--

抗体検査・ 予防接種を受けた方	氏名			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 歳）		
	検査・予防接種の種類	風しん抗体検査	<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	
	検査・接種年月日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
	検査・接種料金	円		円
	医療機関名			

※申請者と 同じ名義のもの 振込先口座	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"/> 領収証の原本 <input type="checkbox"/> 予防接種済証（医療機関にて発行）の写し等
------	--

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"/> 領収証 <input type="checkbox"/> 予防接種済証等 <input type="checkbox"/> (母子手帳写し)			<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口