様式第1号(第６条関係)

**豊能町風しんワクチン等接種費用助成申請兼請求書**

　(申請先)豊能町長

　下記のとおり、風しんワクチン等接種費用の助成について関係書類を添え申請及び請求します。

　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請区分 | 該当するものに○をしてください。  １．妊娠を希望する女性　　　　　　４．妊娠を希望する女性の同居人  ２．妊娠を希望する女性の配偶者　　５．妊娠している女性の同居人  ３．妊娠している女性の配偶者 | | | | |
| 申請者  （被接種者） | ふりがな |  | | | 男　・　女 |
| 氏名 |  | | |
| 住所 | 豊能町 | | | |
| 電話番号 |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | |
| 接種を受けた  医療機関 | 住所 |  | | | |
| 名称 |  | | | |
| 接種日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | |
| 接種を受けた  ワクチンの種類 | １．麻しん風しん混合ワクチン  ２．風しん単独ワクチン | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請兼請求金額 | 円 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行  　　　　　　　　　　金庫  　　　　　　　　　　農協 | 店名 | 本店  支店  出張所 |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | ふりがな |  |
| 口座番号 |  | 口座名義 |  |

本助成金につきまして、上記のとおり請求しますので、上記口座に振り込まれますようお願いします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　㊞

【添付書類】接種医療機関の領収証、抗体検査結果