

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

志賀町長 様

申請者 住所
 (代理人)氏名 ⑩
 (代理人の場合被接種者との関係)

志賀町風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

風しん予防接種費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

被接種者	ふりがな 氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)		
	住 所	〒		
	対 象 者 (該当に○)	1. 妊娠を予定又は希望している女性又はその夫 2. 妊娠をしている女性の夫 3. 昭和54年4月2日から平成2年4月1日生まれの者		
予防接種	接 種 年 月 日	年 月 日		
	接種ワクチン	1. 風しんワクチン 2. 麻しん風しん混合(MR)ワクチン		
	助 成 申 請 額	円		
振込先	金 融 機 関 名	銀行・金庫・農協 支店		
	口 座 種 別	普通・当座	口 座 番 号	
	口 座 名 義 人 (受診者と同一)	カタカナで記載してください		

※必要書類

1. 風しん抗体検査の結果が明記された書類
2. 医療機関が発行した領収書
3. 振込先金融機関の通帳の写し
4. 【妊婦の夫の場合】母子健康手帳のコピー（子の保護者の記載のあるページ）