

別 記
第 1 号様式（第 5 条）

風しん予防接種助成金交付申請書

年 月 日

横芝光町長 様

申請者 住 所
氏 名
生年月日 年 月 日
電話番号 ()

横芝光町風しん予防接種助成事業実施要綱第 5 条の規定により、申請します。
なお、この申請内容について、町が保有する個人情報を見・調査すること
及び医療機関等に問合せをすることに同意いたします。

抗体検査実施日		年 月 日	抗体検査実施 医療機関名		
抗体検査結果		☐ H I 法 32 倍未満 ☐ E I A (I g G) 法 8.0 未満 ☐ 妊婦健康診査における風しん抗体検査において抗体価が低いと医師に診断された者			
予防接種年月日		年 月 日			
ワクチンの種類		☐ 風しんワクチン ☐ 麻しん風しん混合ワクチン			
接種を受けた医療機関名					
申請 額		円			
助成金の振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合		支店・支所	
		農業協同組合		出張所	
	預金種目	普通・当座	口座番号		
	ふりがな				
	口座名義人				
町記入欄	添付書類	☐ 予防接種に要した費用の領収書			
		☐ 予防接種を受けたこと及び予防接種の種類が確認できる書類（領収書の記載で確認できる場合は、省略することができる。）			
		☐ 風しん抗体検査の結果が確認できる書類の写し			