

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

令和6年 7月24日

横芝光町長 様

申請者 住 所 横芝光町栗山1076番地  
氏 名 横芝光 太郎  
生年月日 平成12年 1月 1日  
電話番号 0479(82)3400

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学・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	令和6年 7月 1日	抗体検査実施 医療機関名	〇〇〇病院
抗体検査結果	<input type="checkbox"/> HI法 32倍未満 <input checked="" type="checkbox"/> EIA(IgG)法 8.0未満 <input type="checkbox"/> 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	令和6年 7月12日		
ワクチンの種類	<input checked="" type="checkbox"/> 風しんワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン		
接種を受けた医療機関名	〇〇〇病院		
申請額	3,000円		
助成金の 振込先	金融機関名	横芝光 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 1234567
	ふりがな	よこしばひかり たろう	
	口座名義人	横芝光 太郎	
町記入欄	添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 予防接種に要した費用の領収書 <input type="checkbox"/> 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。） <input checked="" type="checkbox"/> 風しん抗体検査の結果が確認できる書類の写し	