第３号様式

任　意　予　防　接　種　助　成　金　交　付　申　請　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　　年　　月　　日

楢葉町長　様

予防接種を受けたので、関係書類を添えて助成金の交付申請をします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏　　名 | ㊞ |
| 住　　所 | （居住している所）  （住民票のある所）  楢葉町 |
| 電話番号 |  |
| 予防接種を受けた方 | 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 楢葉町 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 予防接種の種類 | MR(麻しん風しん混合)ワクチン　・　風しんワクチン | |
| 接種年月日 | 平成　　　　　　年　　　月　　　日 | |
| 医療機関名 |  | |
| 助成対象区分 | 妊娠を予定または希望している女性　・　妊娠している女性の配偶者 | |
| 接種料金 | 円 | |
| 振込先口座 | 金融機関名 | 銀　　行　　　　　　　本店  　　　　　　信用金庫　　　　　　　支店  　　　　　　農　　協　　　　　　　店番（ゆうちょ銀行のみ） |
| 預金種別 | 普通　　・　　当座 |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |
| 口座番号 |  |

（添付書類）

1. 予防接種に係る領収書の原本（接種者本人の氏名と予防接種の種類、接種年月日がわかるもの）
2. 予防接種を受けた証明となるもの（予診票の写し、その他予防接種を受けたことが確認できるもの）
3. 妊娠している方の配偶者が接種した場合については、母子健康手帳の父母の名前のページの写し