

別記様式（第4条関係）

串本町風しんワクチン接種費助成金申請書兼請求書

年 月 日

串本町長 宛

下記のとおり関係書類を添えて風しん予防接種費用の助成を申請及び請求します。

記

[申請者]

氏名	㊟	助成対象者との続柄	
住所	電話番号 ()		

[助成対象者（接種者）]

氏名		生年月日	年 月 日 接種日現在 (歳)
住所	串本町	性別	男 ・ 女
助成対象区分	いずれかの番号 を○で囲んでく ださい。	1. 妊娠を希望する19歳以上50歳未満の女性 2. 妊娠している女性の配偶者（注）	
ワクチン区分		1. 風しん単抗原ワクチン 2. 麻しん風しん混合（MR）ワクチン	
接種年月日	年 月 日	接種医療機関名	
接種医療機関 住所		接種医師名	
接種金額（予防接種で支出した金額）			円

[振込先] ※口座名義人は、申請者と同一であること。

金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	銀行・金庫・農協		本店・支店・出張所	
預金種別	普通・当座	口座番号		
ゆうちょ銀行	記号		番号	
口座名義人（カナ）				

[町記入欄]

接種金額 ①	対象区分（1・2） ②	町接種基準額 ③	①・③のうちいずれか低い額(助成決定額) ④

(注) 婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。

昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性については風しん追加的対策事業を優先とする。

添付書類

- ・ 医療機関が発行した領収書（助成対象者が風しん予防接種費用として支払った額を確認できるもの）
- ・ 接種済証の写し
- ・ 妊娠している女性の配偶者であることを確認できる母子手帳等の書類(2の対象者が申請する場合)