別記様式（第４条関係）

小山町風しんワクチン及び麻しん風しん混合ワクチン接種費用助成申請書

年　　　月　　　日

　小山町長　様

住　　所

申請者　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

　　私は、小山町風しんワクチン及び麻しん風しん混合ワクチン接種費用助成要綱第２条の規定に該当し、ワクチン接種を受けたので同要綱第４条の規定により申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象区分 | １　妊娠を希望する女性２　妊娠を希望する女性の同居者３　妊娠している女性の同居者 |
| (ふりがな)接種を受けた方の氏名 |  | 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
|  |
| 住　所 | 小山町電話番号（　　　　　－　　　　－　　　　） |
| 接種ワクチン | 風しん・ＭＲ(麻しん･風しん混合) | 接種医療機関名 |
| 接種日 | 　　　　年　　　月　　　日 |  |
| 振込先 | 金融機関名及び店名 | 銀行信用金庫農協 | 本店支店支所出張所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 口座の種類 | 普通・当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

委　任　状（※申請者と口座名義人が同一の場合は、委任状の記入は必要ありません。）

|  |
| --- |
| 　本申請の風しんワクチン及び麻しん風しん混合ワクチン接種費用助成金の受領を上記口座名義人に委任します。　　　　　　　年　　　　月　　　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　㊞　小山町長　様 |

※　添付書類

①風しん抗体検査の結果が確認できる書類

②ワクチン接種を受けた医療機関等が発行した領収証

③ワクチン接種済証その他ワクチン接種を確認できる書類

④要綱第２条第１項第３号の規定に該当する者にあっては、当該妊婦の母子健康手帳の写し、妊娠した事実を確認できる医師の証明書等

《小山町記入欄》※ここには何も記入しないでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 支給決定額 | 　　　　　　　　　　　　　　円 |