

別記様式（第5条関係）

内灘町大人の麻しん風しん任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

内灘町長

申請者（口座名義人と同一）

住所 内灘町

氏名 印

電話番号 ( )

麻しん風しん予防接種費用の助成を受けたいので、内灘町大人の麻しん風しん任意予防接種費用助成金交付要綱第5条第1項の規定により、必要書類を添えて申請(請求)します。尚、麻しん風しん予防接種費用助成金の交付に係る審査に際して必要があるときは、予防接種を受けた者の住民登録の状況を調査することに同意します。

1. 被接種者

(フリガナ)	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
対象 (※当てはまる番号に ○を付けてください)	1. 昭和54年4月2日から平成2年4月1日までの間に生まれた男性 2. 昭和37年4月2日から平成2年4月1日までの間に生まれた女性

2. 予防接種の種類（助成を受ける予防接種）

予防接種名	接種日	接種費用額	助成額
風しん単独ワクチン (助成上限額：3,000円)	年 月 日	円	円
麻しん単独ワクチン (助成上限額：3,000円)	年 月 日	円	円
MR（麻しん風しん混合）ワクチン (助成上限額：5,000円)	年 月 日	円	円

※接種費用額が助成上限額を下回る場合は、接種費用額を上限とします。

3. 振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本・支店名	本店 支店 出張所
預金種別	普通・当座	口座番号	
口座名義人 (申請者と同一)	(フリガナ)		

【添付書類】

- 領収書（予防接種の種類・金額の記載があるもの）※コピー不可
- キャッシュカードまたは通帳の写し（振込先確認用）