

様式第1号(第5条関係)

丸森町任意予防接種費用助成申請(請求)書

年 月 日

丸森町長 殿

住 所
申請者 氏 名
電話番号

丸森町任意予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり予防接種に要した費用の助成を申請(請求)します。

なお、本申請(請求)の内容について、町が保有する個人情報を読覧・調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

- 1 申請(請求)額 _____ 円
2 予防接種をした方(該当する数字に)

対象者区分	風しん	1 妊娠予定(希望)の女性 2 1の配偶者又は同居の親族 3 妊娠中の女性の配偶者又は同居の親族		
フリガナ		生年月日	年 月 日	
氏 名				
住 所				
接種年月日	年 月 日			
種 別	1 風しんワクチン 2 麻しん風しん混合ワクチン(MR)			
医療機関名				

- 3 振込先金融機関

どちらかに記入	銀 行 協 農 協	銀行・農協			支店			
		種別	普通・当座	口座番号				
	ゆうちょ 銀 行	店番		預金種目	口座番号(右づめで記入)			
フリガナ								
口座名義人								

申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任状に記入押印して下さい。

私は、上記口座名義人に任意予防接種費用助成金の受取を委任します。
年 月 日 申請者氏名

【町記入欄】

住基確認		領収書		医療機関		母子手帳	
------	--	-----	--	------	--	------	--