

## 美咲町風しん予防接種費用助成申請書・請求書

年 月 日

美 咲 町 長 様

（申請者） 住 所 美咲町

氏 名

（電話 ー ）

美咲町風しん予防接種費用助成金の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

また、交付決定された助成金を請求します。

なお、助成対象者であることを確認するため、町が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

被 接 種 者	住所	美咲町	被接種者と申請者の関係 (番号に○をつけて下さい)
	氏名		1 本人 2 配偶者 3 その他 ( )
振 込 先 金 融 機 関 名		口 座 番 号	
銀行 店			
金 庫 支店		口 座 名 義	
農 協 出張所		(フリガナ)	

※ここから下は記入しないで下さい。(美咲町で記入します。)

審査結果	承認 ・ 不承認	接種医療機関名	
接種月日	・ ・		
風しんワクチン 麻しん風しん混合ワクチン	助成金交付決定額		円

「添付書類」

- 領収書（原本）
- 風しん抗体検査申込票（受検者控）の写し（抗体検査の結果通知）

領収書等添付欄

--