

様式第1号（第5条関係）

## 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 ）

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 (フリガナ)
農協		出張所	

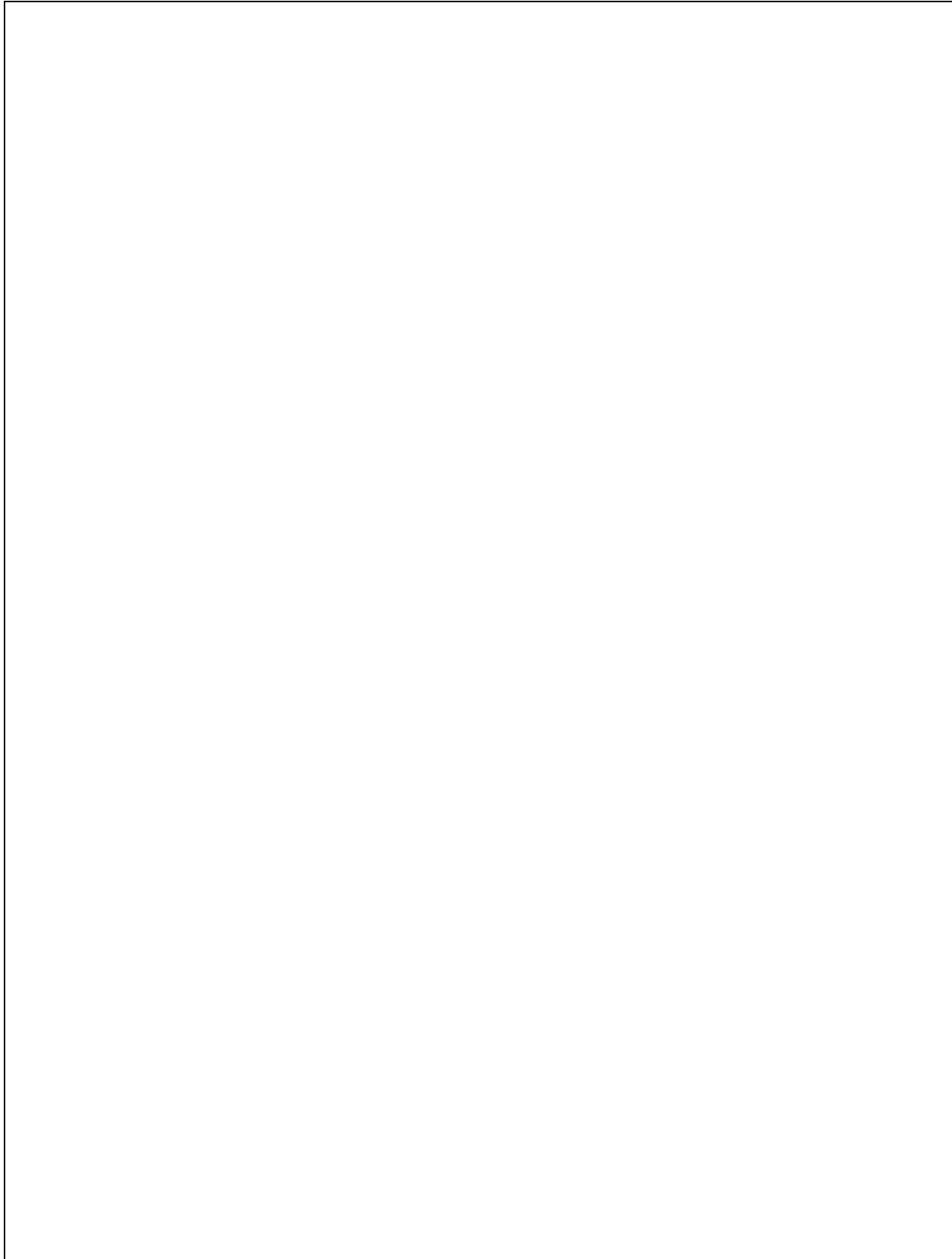
※ここから下は記入しないで下さい。（美咲町で記入します。）

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



A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to attach or reference documents related to the application.