

愛別町風しん予防接種費用助成申請書

年 月 日

愛別町長 様

申請者住所 愛別町字 _____

申請者氏名 _____ 印

下記のとおり風しん予防接種を受けましたので助成金を交付されたく、領収書を添えて申請します。

記

申請内容	被接種者住所	愛別町字								
	被接種者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)						
	対象該当項目 (該当する項目に○をつけてください。)	1. 妊娠を予定または希望している女性 2. 妊娠を予定または希望している女性の配偶者及び同居者 (続柄 _____) 3. 妊娠している女性の配偶者及び同居者 (続柄 _____) 4. 昭和54年4月2日から平成2年4月1日までに生まれた者								
	接種月日	年 月 日								
	接種費用額	円								
	助成金の振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協			本店・支店 本所・支所				
	口座番号	普通・当座		口座名義人	(フリガナ)					
※決定欄	課長		課長補佐		係長		係		合議	
	決定年月日					1. 上記申請内容を審査結果、次のとおり助成する。 2. 次の理由により上記申請を却下する。				
	助成決定	接種費用額			自己負担額			助成決定額		
		円			円			円		
却下理由										

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。