

南伊勢町風しん予防接種費助成金交付申請書

(宛先) 南伊勢町長

申請者 住 所 南伊勢町
氏 名
電 話

㊦

南伊勢町風しん予防接種費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。なお、私(被接種者)は、これまでに風しん予防接種費に係る助成金について一度も交付申請したことがありません。

また、申請内容について、本町が保有する個人情報を開覧し、又は調査すること、及び医療機関等に問い合わせることについて同意します。

申請額 (請求額)	円		
被 接 種 者	住 所	南伊勢町	
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
対 象 区 分 ※ 該当する欄に○を付けてください。	1 妊娠を希望している女性 2 妊娠を希望している女性の同居者 3 妊婦の同居者 2・3の場合、妊娠を希望している女性又は妊婦の 氏名 生年月日 年 月 日		
接種医療機関名		接種年月日	年 月 日

※ 妊婦の同居者の方は、妊婦の母子健康手帳及び妊婦一般健康診査結果票(1回)を提示してください。当該妊婦が風しん抗体価(HI法で32倍以上若しくはEIA法でEIA価8.0以上の数値(以下「接種基準」という。)又は他の検査方法による接種基準)を有している場合は対象外です。

(振込口座)

振り込み通帳のコピー 貼り付け欄

※ 申請者の振り込み通帳のコピーを貼り付けしてください(※表紙を1枚めくったページのコピーをしてください)。

※ 口座名義の漢字が申請者氏名に記入したものと異なる場合は振り込み通帳の表紙のコピーも添付してください。(例:「濱」と「浜」など)

※ 振り込み可能な金融機関は、銀行(ゆうちょ銀行も含む)・農協・信漁連・信用金庫・労働金庫となります。

振り込み通帳のコピーは枠内に収まるように貼り付けしてください。

(添付書類) ①振り込み通帳のコピー ②風しん抗体検査結果の写し ③領収書の原本