

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

東秩父村風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

東秩父村長 宛て

申請者 住所 東秩父村
氏名

㊞

東秩父村風しん予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により次のとおり申請します。

なお、本申請書兼請求書の内容について、村が保有する個人情報を閲覧すること及び本予防接種の事実につき接種医療機関に照会することに同意します。

対 象 者 区 分	1 妊娠を予定し、又は希望している女性 2 現に妊娠している女性の配偶者（妊婦氏名 ）									
生 年 月 日	年 月 日			年 齢	満 歳					
接 種 し た ワ ク チ ン	1 風しん単抗原（風しん単独ワクチン） 2 MR ワクチン（麻疹・風しん混合ワクチン）									
接 種 医 療 機 関	医療機関名 住所 電話番号									
接 種 年 月 日	年 月 日									
接 種 金 額	円									
振 込 先	金融機関	☐ 銀行 ☐ 信用金庫 ☐ 農協			☐ 本店 ☐ 支店 ☐ 支所・出張所					
	預金種別	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号							
	ふりがな									
	口座名義人									

※添付書類

- 1 接種医療機関が発行した本予防接種に係る領収書
- 2 本予防接種を受けたことが分かる書類

※問合せ先

東秩父村保健センター 〒355-0372 東秩父村大字坂本 1284-1 電話 0493-82-1557