

益城町風しん等予防接種費助成申請書兼請求書

年 月 日

益城町長 様

風しん等予防接種費の助成を次のとおり、申請及び請求します。

申請者	住 所	益城町							
	氏 名	印							
	電話番号	(昼間連絡がとれる番号)							
振込先	銀 行 本店 信用金庫 支店 農 協 支所								
	預金種別	普通・当座	口座番号						
口座名義人	フリガナ								
	氏 名								

対象者区分 <small>(当てはまる番号に○を付けてください。)</small>	1 熊本県風しん抗体検査事業において、予防接種が必要と判断された者 2 妊娠を希望する女性とその配偶者等の同居者で、過去の風しん抗体検査でH I抗体価が16倍以下相当だった者 3 風しんの抗体価が低い妊娠している女性の配偶者等の同居者で、過去の風しん抗体検査でH I抗体価が16倍以下相当だった者								
ワクチンの種類 <small>(当てはまる番号に○を付けてください。)</small>	1 風しんワクチン 2 麻しん風しん混合（MR）ワクチン								
被接種者	住 所	益城町							
	フリガナ								
	氏 名								
	生年月日	年	月	日					
予防接種を受けた日	年	月	日						
予防接種を受けた医療機関	住所								
	名称								
予防接種に要した費用	円								

..... 以下は記入しないでください。

住民登録の有無	有 ・ 無
---------	-------

助成決定額	円
-------	---