

大山崎町風しんワクチン接種緊急対策事業接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

大山崎町長 様

申請者（請求者）

住 所

氏 名

電話番号

大山崎町風しんワクチン接種緊急対策事業実施要綱に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

また、この申請に基づく支給決定に当たり、町が私の世帯の町民税課税状況を調査することに同意します。

交付申請額（請求金額） \_\_\_\_\_ 円

被接種者 氏名	フリガナ	被接種者 生年月日	年 月 日生		
住 所	大山崎町字 小字		電話番号（ ） -		
対象者区分 ※該当する方に○をつけてください	1. 風しん抗体価が低い妊娠を希望する女性		2. 風しん抗体価が低い妊婦の同居者で風しん抗体価が低い方		
申請する予防接種 ※該当する方に○をつけ、記入してください。	風しん予防接種		麻しん風しん（MR）予防接種		
接種年月日	年 月 日		年 月 日		
かかった費用	円		円		
振込み 金融機関名	銀行	本店	預金種別	普通・当座・総合	
	金庫				
口座番号	農協	出張所			
	フリガナ				
		口座名義			

-----  
 以下は記入しないでください

審査	住民票	年 月 日 転入・転出	可 ・ 否	確認印
	母子健康手帳の複写	有 ・ 無		