

記入例

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

平成27年4月8日

大山崎町長 様

申請者 (請求者)

住所 **大山崎町字円明寺小字夏目3**
氏名 **大山崎 花子**
電話番号 **956-2101**

記入しないでください。かかった費用の2/3の額(1円未満は切捨て)をこちらで記入します。

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 オヤマザキ イロウ 大山崎 一郎	被接種者 生年月日	昭和60年 1月 1日生
住所	大山崎町字 円明寺 小字 夏目3 電話番号 (075) 956-2101		
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	平成 年 月 日	平成 27 年 4 月 1 日	
かかった費用	円	12000	
振込み 金融機関名	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 銀行 金庫 農協	本店 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 支店 出張所	預金種別 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 普通・当座・総合
口座番号	1 2 3 4 5 6 7	フリガナ オヤマザキ イロウ	口座名義 大山崎 一郎

該当するどちらか一方に○をつけてください。

領収書に記載されている金額を記入してください。

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		