

麻しん風しん等予防接種費用助成申請書

年 月 日

（あて先）大 月 市 長

私は、大月市麻しん風しん等予防接種助成事業実施要綱第4条第1項の規定により、関係書類を添えて麻しん風しん等予防接種費用に係わる助成金の支給を申請します。下記の記載事項について相違ありません。なお、助成金の支給の適正を判断するために、住民基本台帳の確認及びワクチン接種の実施状況について、関係課並びにワクチン接種医療機関等に照会をすることに同意します。

ふりがな		性別	生年月日
申請者（接種者）氏名	Ⓜ	男・女	昭和 年 月 日 平成
住 所 電 話 番 号	大月市 電 話 ()		
接 種 日	年 月 日	接種医療機関	
助 成 申 請 額	¥ 円		
右記の項目を確認し、チェック☑してください	<input type="checkbox"/> 麻しんに罹患したことがない。 <input type="checkbox"/> 風しんに罹患したことがない。 <input type="checkbox"/> MR混合ワクチン・MMR混合ワクチン・麻しんワクチン・風しんワクチンを各計2回以上接種していない。		

代理人による申請の場合は、つぎの項目も記入してください。住所・電話番号は、同上でも構いません。

ふりがな	
代理人氏名	Ⓜ
代理人住所 電 話 番 号	大月市 電 話 ()
申請者との関係	

上記助成金は、下記金融機関に振り込まれるようお願いします。

金融機関名	銀行・金庫 組合・農協	口座番号	普・当
	支店	フリガナ	
		口座名義	

- (注) 1 申請書は、インク又はボールペン等で記入してください。
2 申請書は、朱肉を使用する印鑑で押印してください。
3 接種した本人であること及び支払った金額が証明できる領収書を添付してください。

【 検収 (市記入欄) 】

上記について、相違ないことを確認しました。

年 月 日

職員氏名

印