様式第1（第6条関係）

風しんワクチン等接種助成金支払申請書

年　　　月　　　日

大刀洗町長

申請書　住所　大刀洗町大字

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　電話番号

　大刀洗町風しん予防接種(任意接種)助成事業実施要綱に基づき助成を受けたいので、下記のとおり申請します。また、審査のため、住民基本台帳及び戸籍簿を閲覧することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者確認欄（該当する項目に☑をつけてください） | □　町民で妊娠を予定・希望する女性□　町民で妊娠を予定・希望する女性の夫（パートナー）□　町民で妊娠を予定・希望する女性の同居者□　町民で妊婦の夫（パートナー）□　町民で妊婦の同居者□　風しん抗体検査を受け、抗体価は低い |
| 接種を受けた方の氏名 | 生年月日 | 接種年月日 | 接種費支払金額 |
|  | 年　月　日 | 年　月　日 | 円 |
| 助成金請求額 | 円 |
| 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　本店信用金庫　　　　　　　支店農業共同組合 |
| 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 | （フリガナ） |

※この申請書には、必ず次の書類を添付してください。

　接種実施機関が発行した領収書（被接種者氏名、接種日、ワクチン名、金額が明記されたもの）

　振込み先の名義及び口座番号がわかるものの写し（通帳のコピー等）