

年 月 日

風しん予防接種費用助成申請書

富士川町長

申請者

氏 名 _____ 印

次のとおり、関係書類を添えて風しんワクチン、麻しん・風しん混合ワクチン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、助成金の支給の適性を判断するために、ワクチン接種医療機関に照会することに同意します。

ふりがな		生 年 月 日
被接種者氏名 (接種を受けた方)		年 月 日
住 所	富士川町	
電 話 番 号	電話番号 ()	
接種日	年 月 日	
医療機関の名称		
助成申請額 (ワクチン接種費用) どちらかにレ点	☐ 風しんワクチン 4,000 円 ☐ 麻しん・風しん混合ワクチン 6,000 円	
※上記の風しんワクチン、麻しん・風しん混合ワクチンの接種費用以外の診療費等は、助成の対象外となります。		

(注) 裏面の振込先口座について記入し、抗体検査の結果通知書、領収書を添えて提出してください。

【個人情報の取扱いについて】

この申請により得られた個人情報は、風しん予防接種事業の目的の達成と事業推進のために使用し、他の目的に使用することはありません。

また、個人が識別される情報の公表等はいりません。

裏面

風しんワクチン、麻しん・風しん混合ワクチン予防接種費用振込先口座

金融機関名		本・支店名	
口座種別	口座番号		口座名義人（カタカナ）
普通・当座			

※振込先口座は、申請者本人のものに限ります。

※ゆうちょ銀行も振込先口座に指定できます。