

様式第 1 号 (第 5 条関係)

立科町予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

立科町長 様

申請者 (風しんワクチン接種被接種者)

住 所 立科町大字

氏 名 ㊟

生年月日

連 絡 先

風しんワクチン予防接種を受けたので、下記のとおり立科町予防接種費用助成金の交付を申請します。

助成対象区分  妊娠を希望する女性

同居人

妊娠を希望する女性の氏名 \_\_\_\_\_

接種ワクチン  風しん単独ワクチン  麻しん風しん混合ワクチン

交付申請額 \_\_\_\_\_ 円

(添付書類)

1 風しん抗体価検査結果又はその写し

2 風しんワクチン接種に係る領収書

※同居人が申請する場合

3 妊娠を希望する女性の風しん抗体価検査結果又はその写し

(町事務処理欄)

交付決定額	円
-------	---

上記のとおり交付することについて伺います。

課長	係長	係	担当

