

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