

五 戸 町 長 様

申請者 住 所 五戸町

氏 名 ㊟

(本人以外の場合、接種対象者との続柄：)

連絡先 TEL

五戸町風しん予防接種等費用助成申請・請求書

次のとおり、風しん予防接種等費用の助成を受けたく関係書類を添えて申請・請求します。

氏 名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住 所	五戸町字				
抗体検査受検日	年 月 日				
接 種 日	年 月 日				
接種した医療機関					
接 種 等 金 額	円 (別紙領収書のとおり)				
振 込 先	金融機関名	銀行・信金・農協			支店
	預金種類	普通 ・ 当座	口座番号		
	フリガナ 口座名義人				

(五戸町使用欄)

接種対象者区分	<input type="checkbox"/> 妊娠を予定する者 <input type="checkbox"/> 妊娠を予定する者の同居家族 <input type="checkbox"/> 風しんの抗体価が低い妊婦の同居家族 ※母子手帳コピー添付		
助 成 金 額	円	Lot No.	

(医療機関記入欄)

使用ワクチン名			
接 種 年 月 日	年 月 日	接種料金	円
医 療 機 関	所在地 電話番号 名称 医師名		印