

様式第 1 号

長野原町風しん予防接種補助金請求書

年 月 日

長野原町長 様

住所 長野原町大字

氏名

印

(電話番号

)

下記のとおり、風しん予防接種補助金の交付を申請します。

なお、対象者であることの確認のために必要があるときは、申請内容について、町が保有する個人情報を調査及び確認することに同意します。

請求金額	円
------	---

接種を受けた者	生年月日	ワクチンの種類 (□にレ点を付ける。)
		<input type="checkbox"/> 風しん単独ワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン
		<input type="checkbox"/> 風しん単独ワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン
		<input type="checkbox"/> 風しん単独ワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン
		<input type="checkbox"/> 風しん単独ワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン

*風しん単独ワクチンを接種した場合 3,000 円

*麻しん風しん混合ワクチンを接種した場合 5,000 円

接種した医療機関	
----------	--

振込先

金融機関名		
支店名		
口座番号		普通 ・ 当座
フリガナ		
口座名義人		

*添付書類 1. 領収書 2. 接種済証