

様式第1（第5条関係）

風しんワクチン等接種助成金支払申請書

令和 年 月 日

東浦町長

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

東浦町風しんワクチン等接種助成事業実施要綱に基づき助成を受けたいので、下記のとおり申請します。また、審査のため、住民基本台帳及び戸籍簿を東浦町長が閲覧することに同意します。

記

対象者確認欄 (該当する項目に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 町民で妊娠を予定・希望する女性 <input type="checkbox"/> 町民で妊娠を予定・希望する女性の夫 <input type="checkbox"/> 町民で妊婦の夫 <input type="checkbox"/> 風しんにかかったことがない		
接種を受けた方の氏名	生年月日	接種年月日	接種費支払金額
	昭和 平成 年 月 日	令和 年 月 日	円
助成金請求額	円		
振込先			
金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 農業協同組合		
口座種別	普通・当座	口座番号	
口座名義	(フリガナ)		

※この申請書には、必ず次の書類を添付してください。

接種実施機関が発行した領収書（被接種者氏名、接種日、ワクチン名、金額が明記されたもの）、振込み先の名義及び口座番号がわかるものの写し（通帳のコピー等）

※申請者は接種を受けた本人としてください。また、振込先もご本人名義の口座をご記入ください

