

久御山町風しん予防接種助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）久御山町長

申請者住所 _____

フリガナ
氏名 _____

電話 _____

風しんまたは麻しん風しん予防接種を受けましたので、下記のとおり申請します。予防接種自己負担金免除確認のために必要な住民税の課税状況及び生活保護について、関係当局に求めることに同意します。

被接種者 フリガナ 氏名	※申請者と同じ場合のみ記入は不要です。 (<input type="checkbox"/> ←申請者と同じ氏名の場合はこちらにチェック)		
住 所	久御山町	電話番号 ()	—
生年月日	昭・平	年	月 日 (接種時 歳)
接種日	年	月	日
対象者の種類	1.妊娠を希望する女性 2.妊娠をしている女性の同居者		
接種料金 (領収書原本添付)	円	※助成申請額	円
全額助成対象	該当 ・ 非該当	<該当の場合> 1 生活保護世帯等 2 町（府）民税が課税されていない世帯 3 中国残留邦人等支援給付世帯	
接種医療機関名			
被接種者との続柄	(申請者から見た続柄)		
銀行 信金 農協	本店 支店 出張所	口座番号	口座名義人
	普 ・ 当		(フリガナ)

<添付書類>

1. 妊娠を希望する女性
 - 被接種者氏名・予防接種名・接種金額・接種日・医療機関名が明記されている領収書（原本）
 - 被接種者の抗体価が低いことが確認できるもの（※1）
 2. 妊娠をしている女性の同居者
 - 被接種者氏名・予防接種名・接種金額・接種日・医療機関名が明記されている領収書（原本）
 - 妊娠している女性と同居していることが分かるもの（母子手帳のコピーなど）
 - 被接種者および妊娠している女性の抗体価が低いことが確認できるもの（※1）
- （※1）抗体検査の結果、母子手帳の風しん抗体検査結果欄もしくは予防接種歴のコピーなど

生保		住民税	
有	無	課税	非課税
確認印	確認印	確認印	確認印

確認印