麻しん風しん等予防接種費用助成申請書

　　　年　　月　　日

（あて先）飯綱町長　様

私は、飯綱町麻しん風しん等予防接種助成事業実施要綱第５条第1項の規定により、関係書類を添えて麻しん風しん等予防接種費用に係わる助成金の支給を申請します。下記の記載事項については相違ありません。

なお、助成金の支給の適正を判断するために、住民基本台帳の確認及びワクチン接種の実施状況について、関係課並びにワクチン接種医療機関等に照会をすることに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 性別 | 生年月日 | | |
| 申請者（接種者）氏名 | ㊞ | | 男・女 | 昭和  平成  令和 | | 年 　 月 　日 |
| 住所  電話番号 | 飯綱町大字  電話　　　　（　　　　） | | | | | |
| 接種日 | 年　　月　　日 | 接種医療機関 | | |  | |
| 助成申請額 | 円 | | | | | |
| 右記の項目を確認し、チェック☑  してください | 申請区分　１   * 麻しんにしたことがない。　□風しんにしたことがない。 * 麻しんワクチン・風しんワクチン・麻しん風しん混合ワクチン（ＭＲワクチン）・麻しん風しんおたふくかぜ混合ワクチン（ＭＭＲ混合ワクチン）を各計２回以上接種していない。 * 妊娠を予定又は妊娠していない。 * 緊急風しん抗体検査等事業対象者ではない。 | | | | | |
| 申請区分　２   * ２歳以上５歳以下で定期接種は受けていない。 * ５歳から１８歳以下の者で定期接種及び任意接種の回数が１回以内である。 | | | | | |

代理人による申請の場合は、つぎの項目も記入してください。住所・電話番号は、同上でも構いません。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 代理者氏名 | ㊞ |
| 代理者住所  電話番号 | 飯綱町  電話　　　　（　　　　） |
| 申請者との関係 |  |

上記助成金は､下記金融機関に振り込まれるよう依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・金庫 　　　　　組合・農協 | 口座番号 | 普通・当座 | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支店 | フリガナ |  | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | |

（注）１　申請書は、インク又はボールペン等で記入してください。

２　申請書は、朱肉を使用する印鑑で押印してください。

３　接種した本人であること及び支払った金額が証明できる領収書を添付してください。