



様式第2号（第4条関係）

武豊町風しん予防接種助成金交付申請書

年 月 日

武豊町長 殿

申請者 住 所 武豊町

氏 名 印

電話番号

武豊町風しん予防接種等助成金交付要綱第4条の規定に基づき、助成を受けたいので申請します。

なお、内容審査を行うため、個人情報の閲覧をすることに同意し、また、申請に虚偽がないことを合わせて宣言します。

記

1 予防接種を受ける者の氏名等

ふりがな		男 ・ 女
氏 名		
生年月日	年 月 日	
助成対象者 判 定	<input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性・妊娠を予定又は希望している女性の配偶者及び同居の家族・妊婦の配偶者及び同居の家族	
	<input type="checkbox"/> 抗体検査の結果、免疫が不十分と判定された※	
	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン任意接種助成を受けていない	
	<input type="checkbox"/> 風しん罹患歴無	
接種予定の 医療機関名		

※添付書類：抗体検査結果票

上記4項目にチェックがない場合は対象になりません

※職員記入欄

申請受理年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
住基チェック			