

予防接種費助成金交付申請書

平成 年 月 日

下野市長 様

申請者※ 住所： \_\_\_\_\_  
 氏名： \_\_\_\_\_ ㊟  
 電話： \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 被接種者との続柄： ( \_\_\_\_\_ )

※申請者は被接種者と同一となります。

フリガナ		生	年	月	日
被接種者 氏名		昭和 平成			年 月 日 ( 歳)
助成対象 区分	該当する箇所に○を付けてください。 ( ) ① 19～49歳の女性で妊娠を予定または希望している方 ( ) ② 19歳以上の男性で①の配偶者 ( ) ③ 19歳以上の男性で妊娠している方の配偶者				

□私は、次の者に助成金の受領に関する権限を委任します。

振込口座	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義 (カタカナ)
			普通		

- 太線内を記入してください。二重線内は接種した医療機関で記入してもらってください。  
 または、当該領収書の原本を添付してください。
  - この申請書には、接種時の予診票の写しを必ず添付してください。
  - この申請書は、接種日から1年以内に提出してください。(1年を過ぎたものは申請できません)
- 接種済票 (医療機関で記入してください。)**

接種項目	※該当の予防接種に、○を付けてください。 ( ) 麻しん風しん混合 (MR) ( ) 風しん	接 種 日
		平成 年 月 日
		接 種 料 金
		円
上記のことを証明します。 平成 年 月 日		
所在地 名称 医師名 ㊟		