

予防接種費助成金交付申請書

下野市長 様	年 月 日
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。

	金 融 機 関 名	支 店 名	種別	口 座 番 号	口座名義 (カタカナ)
振込口座			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
		年 月 日
		接 種 料 金
		円
上記のことを証明します。 年 月 日		
所在地 名称 医師名 ㊟		