様式第１号（第６条関係）

大熊町任意予防接等種助成金交付申請書
（風しん抗体検査・風しんワクチン用）

印鑑は必ず朱肉で押してください。（シャチハタ以外）

大熊町長　様

（風しん抗体検査　・　任意予防接種）費用助成金の交付申請をします。

振り込み口座は申請者の名義口座となります。

申　請　者	氏　　名			㊞
	避難先住所			
（抗体検査・任意予防接種を受けた方）	電話番号			
	生年月日	昭和　・　平	年　　月　　日　（満　　歳）	
	該当事由	□ 妊娠予定	は妊娠希望の女性 □ 妊婦の配	者
抗体検査日	平成　　年　　月　　日		検査結果	抗体価が十分　・　抗体価が不十分
抗体検査をしていない場合の理由	□　過去の抗体検査で抗体価		十分だと判明しているため □　助成の周知前に直接接種	め
任意予防接種名	□ 麻しん風しん混合		チン　　□ 風しん単独ワクチン	
接 種 年 月 日	平成		月　　日	
接種医療機関名				
料　　金	抗体検査		任意接種　　円	
振　込　先 口　座　情　報	金融機関名		銀　　行　　本店 信用金庫　　支店 農　　協　　店番（郵貯のみ）	
	預金種別		普通　・　当座	
	フリガナ			
	口座名義人			
	口座番号			

添付書類を忘れずに添付してください。

	円	助　成　決　定　額 円

（添付書類）
① 任意予防接種に係る領収書（原本）（接種者本人の名前と接種年月日がわかるもの）
② 任意予防接種を受けた証明となるものの写し（予診票の写し）
③ 妊婦の配偶者の場合は母子健康手帳の写し（※保護者の氏名が記載されている欄）
④ 抗体検査の結果の写し