

様式第1号（第5条関係）

みなかみ町風しん予防接種費用助成金交付申請書

平成 年 月 日

みなかみ町長 様

申請者

住 所

氏 名 ㊟

電話番号

要件となる女性との関係（ ）

みなかみ町風しん予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。また、申請につき住民基本台帳による世帯状況及び予防接種歴等について調査することに同意します。

記

以下において申請者と同じ場合は※の記入は不要です

要件となる 女性	住 所 ※	みなかみ町
	氏 名 ※	

被接種者氏名	生年月日	住 所 ※	接種予定医療機関
			接種予定日
	年 月 日	みなかみ町	年 月 日
	年 月 日	みなかみ町	年 月 日

なお、助成費用を接種費用として、みなかみ町が委託契約を締結した医療機関に支払うことを委任いたします。