

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 印

私は、風しん予防接種を受けたいので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。

記

要件となる女性			
住 所	みなかみ町		
ふりがな 氏 名		生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳)

接種者氏名	続 柄	生 年 月 日	接種予定医療機関	接種予定日
		年 月 日		平成 年 月 日
		年 月 日		平成 年 月 日
		年 月 日		平成 年 月 日
		年 月 日		平成 年 月 日
		年 月 日		平成 年 月 日

上記申請のため世帯の戸籍及び予防接種履歴等について確認することに「 同意」
します。