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

　　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（　　　　）

私は、みなかみ町任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、下記の事項に同意の上、みなかみ町任意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

* 当該申請の審査に当たり、住民基本台帳による世帯状況、予防接種歴等について町が調査すること。
* 当該助成金の交付決定を受けたときは、当該助成金を予防接種費用として、町が実施医療機関に対し支払いを行うこと。

　以下において申請者と同じ場合は※の記入は不要です

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者  （要件となる女性） | 住　所　※ | みなかみ町 |
| 氏　名　※ |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 接種希望者氏名 | 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 |