

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