様式第１号（第5条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

千代田町風しん予防接種（緊急対策）費用助成金交付申請書・同意書

千代田町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所　千代田町大字

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　千代田町風しん予防接種（緊急対策）費用助成金交付要綱第５条第１項に基づき助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、申請に基づく支給決定に当たり、千代田町が所有する情報を閲覧し、または調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

　　※申請額は窓口で確認してからご記入ください。

申請額　　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者氏名 |  | |
| 生年月日 | 昭和　・　平成　　　　年　　　　月　　　日生 | |
| 対象者区分  どちらかに○を  つけてください。 | １　妊娠を希望若しくは予定している女性又はその夫  ２　妊娠している女性の夫 | |
| 予防接種種類  と助成額 | １　風しん予防接種 | ３，０００円 |
| ２　麻しん風しん予防接種 | ５，０００円 |
| 接種年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 接種費用 | 円  ※接種費用が助成額に満たない又は生活保護受給世帯の人はこれを助成額とする。 | |