

様式第1号(第4条関係)

大紀町麻疹(風しん)予防接種費助成金交付申請書

年 月 日

大紀町長 様

申請者 住 所
(保護者) 氏 名 印
電 話

大紀町麻疹(風しん)予防接種費助成金の交付を受けたいので、大紀町麻疹(風しん)予防接種費助成金交付要綱第4条の規定により申請します。

被接種者 氏名		生年月日	年 月 日
被接種者 住所	大紀町		
接種を受けた日	年 月 日	接種を受けた予防接種名 (どちらかに をして下さい)	
接種を受けた 医 療 機 関 名		麻疹風しん混合(1期・2期) 麻疹(1期・2期) 風しん(1期・2期)	

(添付書類)

- 1 麻疹(風しん)単抗原ワクチン接種事由書
- 2 大紀町麻疹(風しん)単抗原ワクチン予防接種費助成金請求書
- 3 麻疹(風しん)予防接種領収書：被接種者名・接種日・麻疹(風しん)予防接種が明記されたもの