

玉城町風しん予防接種費助成金交付申請書

玉城町長 宛

申請者 住 所
氏 名
電 話

玉城町風しん予防接種費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。なお、私（被接種者）は、これまでに風しん予防接種費に係る助成金について一度も交付申請したことはありません。

また、申請内容について、本町が保有する個人情報を見直し、又は調査すること、及び医療機関等に問い合わせることについて同意します。

申請額（請求額）	円		
被 接 種 者	住 所	玉城町	
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
ワクチン種類	風しん単抗原ワクチン・麻しん風しん混合（MR）ワクチン		
対 象 区 分 ※ 該当する欄に○を付けてください。	1 妊娠を希望している女性 2 妊娠を希望している女性の同居者 3 妊婦の同居者 2・3の場合、妊娠を希望している女性又は妊婦の 氏名 生年月日 年 月 日		
接種医療機関名		接種年月日	年 月 日

※ 妊婦の同居者の方は、妊婦の母子健康手帳及び妊婦一般健康診査結果票（1回）を提示してください。当該妊婦が風しん抗体価（HI法で32倍以上若しくはEIA法でEIA価8.0以上の数値（以下「接種基準」という。）又は他の検査方法による接種基準）を有している場合は対象外です。

振込口座

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
口座番号	普通預金 NO. _____	
フリガナ		
口座名義		

注 申請者と振込口座名義人は同一の方でお願いします。