

別記様式（第5条関係）

風しん抗体検査・予防接種費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

小鹿野町長 様

申請者 住 所
氏 名 ④
電話番号

風しん抗体検査・予防接種費助成金の交付を受けたいので、小鹿野町風しん抗体検査・予防接種費助成金交付要綱第5条の規定により関係書類を添えて申請（請求）します。
なお、申請内容を確認するため、町が保有する個人情報を利用し、又は医療機関に問い合わせることに同意します。

1 助成対象者

住 所			
フリガナ			
氏 名			
生 年 月 日	年 月 日	年 齢	歳

2 抗体検査

検 査 実 施 機 関 名			
検 査 日	年	月	日
検査費（検査実施機関に支払った額）	円		

3 予防接種

接 種 医 療 機 関 名			
接 種 日	年	月	日
接種費（医療機関に支払った金額）	円		

4 申請（請求）額 _____ 円

5 添付書類

領収書（領収書がない場合は、抗体検査・予防接種を受けたことを証明する書類）

6 振込先

金 融 機 関 名			支 店 名	
預 金 種 別	普通・当座	口 座 番 号		
フリガナ				
口 座 名 義 人				

※口座名義人は申請者と同じ方とする。

町使用欄（以下は記入しないこと。）

抗体検査領収書（原本）	予防接種領収書（原本）	受 付	

