様式第１号（第5条関係）

風しん予防接種費助成申請書

申請者 （被接種者）	住所	上板町		
	フリガナ 氏名			
	生年月日	年　　月　　日		
接種医療機関	名称			
接種ワクチン	□　麻しん風しん混合ワクチン　　□　風しん単抗原ワクチン			
接種日	平成　　年　　月　　日		支払額	円
助成金	円		※助成の金額は、麻しん風しん混合ワクチン5,000円、風しん単抗原ワクチン3,500円とし、接種費用がこの金額に満たない場合は実際の接種費用を助成する。	

＊支払額は、別紙領収書のとおり

上記のとおり申請します。
なお、助成金の請求を福祉保健課長に委任します。支払は、下記口座に振込みを依頼します。

年　　月　　日

申請者　　住所　上板町

氏名　　㊞

電話番号

上板町長　殿

（振込口座）

金融機関名			支店・支所名	
預金種別	普通　・当座	口座番号		
フリガナ				
口座名義人				