

## 伊根町風しん予防接種補助金交付申請書

予防接種を受けた者の氏名		男・女	生年月日	年 月 日
妊娠している女性との続柄		同居の有無		有・無
妊娠している女性の氏名		妊娠している女性の抗体検査結果 *注		
予防接種の種類・接種した病院等	予防接種の種類	風しん単抗原ワクチン・麻しん風しん混合ワクチン		
	医療機関名			
予防接種を受けた日	年 月 日			
抗体検査結果 *注				
予防接種に要した費用	円			
上記のとおり、予防接種補助金の交付を申請します。  年 月 日  伊根町長 様  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>申請者</span> <span>住所</span> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">                     氏名 _____ (印)                 </div>				
<b>【同意書】</b> 対象者等の確認のため住民基本台帳を閲覧されることについて同意します。 京都府への補助金申請に際して、課税台帳等を閲覧されることについて同意します。  <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">                     申請者 氏名 _____ (印)                 </div>				

\*注：抗体検査結果がわかる書類を添付して下さい。

予防接種補助金を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

**注意事項**

- ① 予防接種を受けたことがわかる領収書を添付のうえ請求してください。
- ② 領収書には、接種日、支払い金額、接種医療機関、ワクチン名の記載があることをご確認ください。（領収書にワクチン名が記載されていない場合は、予診票のコピー等を添付して下さい。）