

記入例

吉野川市（成人）風しん予防接種費用助成金交付申請書

(受付No. _____)

ふりがな	よしのがわ はなこ	性別	生年月日
被接種者氏名	吉野川 花子	男・女	平成 7 年 4 月 1 日 (満25歳)
		電話番号	※必ずご記入ください
住所	吉野川市 鴨島町鴨島〇〇番地 接種ワクチンを○で囲んでください		
任意で受ける 予防接種の種類	麻疹風しん混合ワクチン ・ 風しん単抗原ワクチン		
申請の理由	風疹抗体検査にて陰性と判定されたため		
接種医療機関	(風しん予防接種実施医療機関名) 〇〇診療所		
注意事項	(1) この助成金により接種を受ける予防接種は、予防接種法に基づく予防接種ではなく、任意で受ける予防接種であり、市は本予防接種にかかる接種費用のみを負担し、健康被害発生時等その他一切の責任を負いません。 (2) 任意で受けた予防接種により健康被害が発生した場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済制度が適用されます。		

助成金の交付を受けたいので、吉野川市（成人）風しん予防接種費用助成金交付要綱第6条の規定により、上記のとおり申請します。なお、申請にあたっては、上記の注意事項を理解し、異議ありません。

_____年 _____月 _____日
吉野川市長 様

受付日で処理しますので、
記入しないでください

申請者 住所 吉野川市 鴨島町鴨島〇〇番地

氏名 吉野川 花子

確 認 欄	該 当 項 目	(1) ア ・ イ	(2)
	抗体検査実施日	_____年 _____月 _____日	
	予防接種実施	_____年 _____月 _____日	
	添付書類	抗体検査結果	接種済書

様式第3号(第8条関係)

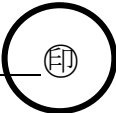
日付は記入しないでください

年 月 日

吉野川市長 様

(請求者)住 所 吉野川市鴨島町鴨島〇〇番地

氏 名 吉野川 花子



電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

吉野川市 (成人) 風しん予防接種費用助成金交付請求書

吉野川市 (成人) 風しん予防接種費用助成金交付要綱第8条の規定により、下記のとおり風しん予防接種費用助成金を請求します。

1 交付決定年月日・番号 年 月 日 吉 健 第

2 予防接種の接種日 年 月 日

3 交付請求額

金額	万	千	百	十	円
¥					

記入しないでください

4 振込先

振込先	銀行名	支店名	普 ・ 当	口座番号	名義人(ふりがな)

5 添付書類

(1) 振込先通帳の写し

振込先の銀行名・支店名等、必要事項を記入してください。