

第5号様式（第6条第1項）

酒々井町特例風しん任意予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）酒々井町長

申請者 住 所
（被接種者）氏 名 印

酒々井町特例風しん任意予防接種費用助成金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

被 接 種 者 氏 名 [受けた者]	
被 接 種 者 生 年 月 日	年 月 日
予 防 接 種 を 受 け た 日	年 月 日
予 防 接 種 を 受 け た 医 療 機 関 名 等	住 所 医療機関名 電話
予 防 接 種 の 種 類 (○をつける)	() 麻しん風しん混合予防接種 () 風しん予防接種
申 請 区 分 (○をつける)	1 妊娠する予定又は希望する女性 2 前号に掲げる者の夫 (未婚の場合も含む) 3 妊婦の夫 (配偶者の氏名) (出産予定日 年 月 日)
風しん抗体価検査の実施 (○をつける)	() 千葉県風しん抗体価検査を指定医療機関(無料)で実施 () その他医療機関 (有料) で実施 () 実施していない

振込先金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合・農協 本店 支店
口 座 名 義	
口 座 種 別	普通 ・ 当座
口 座 番 号	

麻しん風しん混合ワクチン、風しんワクチンは自らの意思で行うものであり接種後、副反応その他健康被害が生じた場合は自ら独立行政法人医薬品医療機器総合機構に申請手続きを行うものであります。

*添付書類 医療機関発行の領収書及び予防接種をしたことを証する書類