

別 記

第 1 号様式 (第 5 条第 1 項)

酒々井町特例風しん任意予防接種申請書兼代理受領委任状

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 5 条の規定により、次のとおり申請します。

1 予防接種を受ける者

氏名・性別	男 ・ 女
住 所	酒々井町
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
連絡先電話番号	()

2 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 (妊婦の氏名)
(出産予定日 年 月 日)

3 風しん抗体検査の実施 (○をつける)

- (1) 千葉県風しん抗体価検査を指定医療機関(無料)で実施
- (2) その他医療機関 (有料) で実施
- (3) 実施していない

また、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 5 条の規定により、助成金の受領を下記の医療機関に委任します。

接種医療機関名	
---------	--

本人自署