

大泉町風しん予防接種費用助成金交付申請書

大泉町長様

大泉町風しん予防接種費用助成金を申請いたします。支給決定金額は、下記口座に振り込んで下さい。
なお、この申請に基づく支給決定に当たり、住民基本台帳の閲覧、生活保護費等の受給状況等の調査及び医療機関等にワクチンの接種の事実の確認をすることに同意します。

申請者 住所
(被接種者) 氏名



Table with 4 columns:フリガナ, 住所, 生年月日, 電話, 対象者区分, 費用免除区分, 接種医療機関, 接種年月日, 接種ワクチン, 接種費用, 決定金額.

※助成できるのは風しんワクチン・麻しん風しん混合ワクチンのどちらか一方のみです。両方の接種の助成はできません。

Table for bank account details with columns for bank type, account type, branch, and account number.

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任状に申請者の記名・押印が必要となります。

私は、上記口座名義人に大泉町風しん予防接種費用助成金の受取を委任いたします。

平成 年 月 日 申請者氏名

