

別 記

第1号様式（第5条）

印西市風しん予防接種費用助成申請書

年 月 日

（あて先）印西市長

住 所

申請者 氏 名
（助成対象者）

電話番号

次のとおり、風しん予防接種費用の助成を申請します。

なお、この申請に係る審査に必要な範囲において、住民基本台帳を閲覧し、及び医療機関に問い合わせることについて同意します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
助成対象者氏名		(年齢)	(歳)
助成対象者住所			
申請区分 ※いずれかに○をすること	① 妊娠を希望する女性 ② ①の配偶者 ③ 妊婦の配偶者		
ワクチンの種類 ※いずれかに○をすること	ア 風しんワクチン イ 麻しん風しん混合ワクチン		
実施年月日	年 月 日		
医療機関	名 称 住 所		

- ※ 添付書類 (1) 実施年月日及びワクチンの種類が確認できる書類
(2) 助成対象費用の支払いを証する書類

記入例

別記

第1号様式（第5条）

印西市風しん予防接種費用助成申請書

元号〇〇年 〇〇月 〇〇日

（あて先）印西市長

住所 印西市大森〇〇〇〇-〇
申請者 氏名 印西 花子
（助成対象者） 電話番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

次のとおり、風しん予防接種費用の助成を申請します。

なお、この申請に係る審査に必要な範囲において、住民基本台帳を閲覧し、及び医療機関に問い合わせることについて同意します。

フリガナ	インザイ ハナコ	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
助成対象者氏名	印西 花子	(年齢)	(〇〇歳)
助成対象者住所	印西市大森〇〇〇〇-〇		
申請区分 ※いずれかに○をすること	④ 妊娠を希望する女性 ⑤ ①の配偶者 ⑥ 妊婦の配偶者		
ワクチンの種類 ※いずれかに○をすること	ア 風しんワクチン イ 麻しん風しん混合ワクチン		
実施年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日		
医療機関	名称	〇〇〇〇〇〇クリニック	
	住所	印西市大森〇〇〇〇-〇	

- ※ 添付書類 (1) 実施年月日及びワクチンの種類が確認できる書類
(2) 助成対象費用の支払いを証する書類