様式第１号（第４条関係）

宇多津町麻しん風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

宇多津町長　　様

宇多津町麻しん及び風しん予防接種費用助成金交付要綱第４条の規定に基づき、下記のとおり申請及び請求します。

<table>
<tr><td rowspan="4">申請者</td><td colspan="4">1 被接種者と同じ　※「1 被接種者と同じ」の場合は次の「被接種者」の箇所から記入してください
2 私、被接種者は、下記の代理人に、宇多津町麻しん風しん予防接種費用助成事業の申請手続きを委任します
被接種者</td></tr>
<tr><td rowspan="3">代理人</td><td>住　所</td><td colspan="2">電話　　（　　）</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td>被接種者との関係</td><td></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">被接種者</td><td colspan="2">住　所</td><td colspan="2">宇多津町
電話　　（　　）</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td>（男・女）</td></tr>
<tr><td rowspan="6">申請内容</td><td colspan="2">任意予防接種の種類</td><td colspan="3">麻しん風しん混合ワクチン・麻しん単抗原ワクチン・風しん単抗原ワクチン</td></tr>
<tr><td colspan="2">対象区分</td><td colspan="3">☐ 定期接種または任意接種が２回完了していない
☐ 抗体検査の結果、抗体価が不足していた</td></tr>
<tr><td colspan="2">接種年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">接種医療機関</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">申請額</td><td>支払額 ①</td><td>助成上限額 ②</td><td>申請額(①と②を比較して
いずれか少ない方の額)</td></tr>
<tr><td>円</td><td>円</td><td>円</td></tr>
<tr><td colspan="2">添付書類
（添付した書類に☑をつけてください）</td><td colspan="3">☐予診票の原本又は写し　　☐抗体検査結果票の写しまたは母子手帳の写し
☐医療機関が発行する領収書（ワクチンの種類が記入されていること）
☐ワクチン接種済証　　☐振込口座が確認できる預貯金通帳等の写し</td></tr>
<tr><td rowspan="4">振込先</td><td colspan="2">金融機関名</td><td colspan="3">銀行・農協
・信用金庫　　本店・支店・出張所</td></tr>
<tr><td colspan="2">普通</td><td colspan="3">口座番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">口座名義人</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>