

第1号様式  
(第4条関係)

年 月 日

十島村長 様

住 所 十島村大字  
氏 名

印

十島村風しん予防接種促進緊急対策事業請求書

年 月 日に風しん予防接種を接種したので関係書類を添えて請求します。

1 請求額 \_\_\_\_\_ 円

2 助成金支給要件

- (1) 今後妊娠の可能性のある女性とその同居家族  
(要件となる女性の氏名： \_\_\_\_\_ )
- (2) 現在妊娠中の女性の同居家族 (要件となる女性の氏名： \_\_\_\_\_ )
- (3) 昭和37年4月2日～平成2年4月1日生まれの人

3 接種者内訳

接種者氏名	続柄 (要件となる女性から みた続柄)	生年月日	接種 医療機関	接種日	申請のため世帯の住民 票及び予防接種履歴等 について確認すること に「 <input type="checkbox"/> 同意」します
		年 月 日		平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同意します
		年 月 日		平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同意します
		年 月 日		平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同意します
		年 月 日		平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同意します
		年 月 日		平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同意します

4 関係書類

医療機関等領収書

注) この助成金は、保険診療分は対象になりません。

5 振込先

金融機関名	
本・支店名	本店 ・ 支店
預金種別	普通 ・ 当座
口座番号	
ふりがな	
口座名義	