様式第１号（第５条関係）

　　　年　　　月　　　日

早島町風しん予防接種費用助成金償還給付申請書

早島町長　様

申請者　住　　所　早島町

氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

（申請者が代理人の場合、接種者との続柄　　　　　）

風しん予防接種費用の給付を受けたいので、次の書類を添えて申請します。なお、給付にあたっては、次の口座へ振り込んでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種者 | 住　　所 | 早島町 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 振　込　先 | 金融機関名 | 　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　　　　　店信用金庫　　　　　　　　　　　支店　　　　　　　　　農業協同組合　　　　　　　　出張所 |
| 種　　別 | 1. 普通
2. 当座
 | 口座番号 |  |
| 口座名義人 | フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |

※添付書類

（１）風しんの抗体価がわかるもの

（２）医療機関の発行する領収書

（３）その他町長が必要と認める書類

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※町記入欄 | 決定年月日 | 　　 　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 助成金額 | 　　円　 | 支給　　　　　　　不支給 |