様式第１号（第６条関係）

日南町風しんワクチン接種費用助成金申請書

　次のとおり日南町風しんワクチン接種費用助成金を申請します。

　　年　　月　　日

日南町長　様

　　（申請者）

住　所　　日南町

　　　　　　氏　名

（接種者との続柄：　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種者 | 住所 | 日南町 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日（　　　　歳） |
| 対象者 | ・ 妊娠を希望する女性のうち、風しん抗体価の低い者・ 妊娠している女性の配偶者・ 妊娠している女性の同居者・ 妊娠を希望する女性の同居者であって風しん抗体価の低い者・ 1990年4月2日以前生まれの者で風しん抗体価の低い者 |
| 予防接種 | ワクチンの種類 | ・ 風しんワクチン・ 麻しん風しん混合ワクチン |
| 実施年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 実施医療機関名 |  |
| 実費負担額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
|  |
| 助成申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |