

第1号様式（第4条関係）

年 月 日

さつま町長 様

申請者 住 所

氏 名

Ⓜ

電話番号

さつま町風しん等ワクチン接種補助金交付申請書

さつま町風しん等ワクチン接種補助金の交付を受けたいので、さつま町風しん等ワクチン接種補助金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

接 種 者	氏 名	性別 男・女	生年月日
			年 月 日
	住 所	□申請者に同じ	
該 当 区 分 (該当するものを○で 囲む)	(1) 妊娠を希望する女性 (2) 妊婦を希望する女性の配偶者または同居者（定期接種対象者は除く） (3) 抗体価の低い妊婦の同居家族 (4) その他町長が必要と認める者		
ワ ク チ ン 名	<input type="checkbox"/> 風しん単独ワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン	接種年月日	年 月 日
抗 体 価	HI法 ()	EIA-I g G ()	
申 請 額	接種に要した費用 (a)		円
	他制度による補助額(b)		円
	補助対象額 (c) ((a)-(b))		円
	補助限度額 (d)		6,000 円
	補助申請額 ※ (c) が(d)を超えない場合、(c)の額。 (c) が(d)を超える場合、(d)の額		円

添付書類

- (1) ワクチン接種に係る医療機関が発行した領収書
- (2) ワクチン接種済書又はワクチン接種を確認できるもの
- (3) その他町長が必要と認める書類