

坂城町風しん任意予防接種費用助成金交付申請書（実績報告書）

年 月 日

（宛先） 坂城町長

申請者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

坂城町風しん任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。  
なお、申請者及び世帯員の住所、納税状況を調査することに同意します。

助成金交付申請額（請求額） \_\_\_\_\_ 円

接種者氏名		生年月日	
抗体検査実施日	年 月 日		
抗体検査実施機関			
抗体検査結果			
風しん予防接種日	年 月 日		
風しん予防接種医療機関			
接種費用の額			

※町の抗体検査の結果、予防接種を受ける場合は、該当する区分の記入欄に○を記入してください。

区 分	記入欄
風しん抗体価が低いことが判明した妊娠前の女性の同居者	
風しん抗体価が低い妊婦の同居者	

添付書類

- 1 長野県が実施した風しん抗体検査の結果通知
- 2 医療機関が発行する任意予防接種の領収書
- 3 その他町長が必要と認める書類