

第1号様式（第4条第1項）

東金市風しんワクチン接種費用助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）東金市長

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

東金市風しんワクチン接種費用助成事業実施要綱第4条第1項の規定により、次のとおり助成金の交付を申請します。

（該当する番号を○で囲んでください）				
① 妊娠を予定し、又は希望している女性 ② 妊娠している女性の夫（事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。） 妊娠している女性の氏名 生年月日 ③ 出産後の女性				
① 風しんワクチン ② 麻しん風しん混合ワクチン（MR）				
被 接 種 者	住 所			
	フリガナ 氏 名			
	性別	男 ・ 女	生年月日 年 齢	年 月 日生 満 歳
接種年月日		年 月 日		
振 込 先 口 座	金融機関名		支店名	
	預金種別		口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			
同意欄 私が被保護者であること又は被保護者でないことを市長が公簿等により確認することについて <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。 助成金の交付を受けようとする者の氏名				
注 1 該当する□に✓印を記入してください。 2 同意されない場合は、被保護者であること又は被保護者でないことを証する書面をこの申請書に添付してください。				