（様式第１号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　NO.

戸沢村風しん予防接種費用助成申請書

平成　　年　　月　　日

戸沢村長　渡部　秀勝　殿

申請者　　住　所　戸沢村大字

氏　名　　　　　　　　　　　　印

被接種者との関係

電話番号

平成　　年度戸沢村風しん予防接種費用助成事業実施要綱５条の規定により、

下記の接種者について、助成金の交付を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 戸沢村大字 |
| 氏　　名 |  | 男 ・ 女 |
| 生 年 月 日 | 昭・平　　年　　月　　日 （　　歳） | 母子健康手帳の有無 | 有 ・ 無 |
| ※要件審査 | 可 ・ 否　　　 | 否の場合の理由（　）過去に予防接種を２回接種済である（　）妊娠中又はその可能性がある（　）罹患済である |

太枠を記入してください。

※欄は記入しないでください。