

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 2 5 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。

印

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。