

上士幌町風しん等予防接種費用助成金交付申請書

上士幌町長 様

上士幌町風しん等予防接種費用の助成を申請いたします。

なお、この申請に基づく交付決定に当たり、上士幌町が保有する情報について閲覧し、又は調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

申請者

住 所

氏 名

続 柄

対象者氏名・性別		男 ・ 女
生年月日・年齢		() 歳
住所・電話番号		TEL
助成対象区分 (対象区分に○)		今後、妊娠を希望又は予定している女性
		今後、妊娠を希望又は予定している女性の夫
		現在、風しん抗体がない又は抗体価が不十分な妊婦の夫

【持参するもの】 対象者の母子手帳 (※母子手帳を所有しない場合は不要)