

様式第 1 号（第 6 条関係）

須恵町風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）須 恵 町 長

申 請 者 住 所 糟屋郡須恵町大字

（被接種者）氏名

電話番号 （ ） ー

須恵町風しん予防接種助成費補助金交付要綱第 5 条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

1 被接種者の区分

該当番号を○で囲んでください。	
1：妊娠希望者	2：妊娠希望者の配偶者・パートナー
3：妊婦の配偶者・パートナー	4：妊娠希望者の同居者等 5：妊婦の同居者等

2 予防接種の種類及び交付申請額等

ワクチン種類	接種日	医療機関
風しん単独ワクチン 麻しん風しん混合ワクチン（MR）	年 月 日	
接種費用	限度額	交付申請額
円	5, 0 0 0 円	円

3 補助金振込先（申請者と同名義）

金融機関		支店名		貯金種目	
銀行 信用組合・農協		支店 本店		1：普通 2：当座	
口座番号（右詰で書いてください。）				名義人	(フリガナ)

4 添付書類

- (1) 抗体検査の結果書
- (2) 予防接種の領収書（予防接種の種類、金額が記載されているもの）
- (3) 被接種者が配偶者・パートナー又は同居者等の場合は、妊婦等の上記(1)の書類

以上

※申請期間は予防接種日の翌年度 4 月 3 0 日までです。

例) 令和 8 年 3 月 1 日接種の場合、令和 8 年 4 月 3 0 日まで申請可能