

成人風しん予防接種費用全額助成対象者確認申請書

野洲市長

様

年 月 日

申請者 _____ (印)

(接種希望者が未成年の場合はその保護者等)

住所 野洲市 _____

電話番号 _____

風しん予防接種費用の全額助成対象者の確認を受けたいので、下記のとおり申請します。

接種希望者名 _____

住所 野洲市 _____

生年月日 年 月 日 医療機関名 _____

私は、風しん予防接種料の全額助成の申請に際し、私及び同一世帯(配偶者、扶養義務者等)の課税台帳及び住民基本台帳(外国人登録)等、必要事項について、野洲市健康推進課職員が諸証明の交付及び閲覧を受けることを承諾します。

住所 野洲市 _____

世帯主氏名 _____ (印)

(申請者が世帯主の場合、印鑑は申請者欄に押印したものと同一のものでお願いします。)

記載例

成人風しん予防接種費用全額助成対象者確認申請書

野洲市長 山 仲 善 彰 様

申請日を記載してください

1 平成 27年 10月 1日

申請者を記載してください
(接種希望者が未成年の場合はその保護者等)

2

申請者 辻 町 花 子
(接種希望者が未成年の場合はその保護者等)

辻
町

3

住所 野洲市 辻町433-1

印鑑を忘れた場合は
サインでも可

電話番号 077-588-1788

風しん予防接種費用の全額助成対象者の確認を受けたいので、下記のとおり申請します。

接種希望者名 辻 町 花 子

4

接種希望者を記載してください

住所 野洲市 辻町433-1

生年月日 昭和50年 2月 22日 医療機関名

私は、風しん予防接種料の免除の申請に際し、私及び同一世帯(配偶者、扶養義務者等)の課税台帳及び住民基本台帳(外国人登録)等、必要事項について、野洲市健康推進課職員が諸証明の交付及び閲覧を受けることを承諾します。

5

住所 野洲市 辻町433-1

世帯主氏名 辻 町 太 郎

(申請者が世帯主の場合、印鑑は申請者欄に押印したものと同一のものでお願いします。)

6

辻
町

印鑑を忘れた場合は本人確認できればサインでも可