

おたふくかぜワクチン接種費用助成券支給申請書

年 月 日

菰野町長 宛

おたふくかぜワクチン接種費用助成券の交付を次のとおり申請します。
 なお、この申請書を提出するにあたり、住民票記載内容や予防接種歴等の
 個人情報を確認することに同意します。

申請者 (保護者)	住所	菰野町	おたふく かぜワク チン接種 歴の有無
	氏名		
被接種者	氏名 (生年月日)	(年 月 日)	有・無
	氏名 (生年月日)	(年 月 日)	有・無
	氏名 (生年月日)	(年 月 日)	有・無
被接種者の加入する 医療保険種別 ※該当する種別に○		菰野町国保 協会けんぽ その他 ()	

【事務処理欄】

受付印	確認内容	審査結果
	<input type="checkbox"/> 対象年齢（1歳から5歳未満）	<input type="checkbox"/> 対象
	<input type="checkbox"/> 住民登録あり	
	<input type="checkbox"/> 過去の助成歴なし	<input type="checkbox"/> 対象外
	おたふくかぜワクチン助成券交付日 年 月 日	<input type="checkbox"/> システム入力