

白浜町風しんワクチン接種緊急助成事業接種券交付申請書

年 月 日

白浜町長 様

【申請者】住 所 〒

氏 名 _____ ⑩

接種者との続柄 (本人 ・)

電話番号 _____

風しん予防接種券の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

また申請に係る審査をするため、接種者の住民情報等について、確認調査を行うことに同意します。

記

予 防 接 種 を 受 け る 方	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (申請者と同じ場合は住所記載は必要ありません) 白浜町
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
	区 分	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望している19歳以上50歳未満の女性 (年度内に19歳に達する方を含む。) <input type="checkbox"/> 妊娠している女性の配偶者 ※「母子健康手帳」(「子の保護者欄」に名前が記入済みのもの) の写しが必要です。

※事務処理欄

受付印		確認書類	<input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	備考	
-----	--	------	---	----	--