

様式第1号（第5条関係）

## 西脇市風しん予防接種費助成申請書

年 月 日

西脇市長 様

申請者 住所  
氏名 ⑩  
電話（ ） —

西脇市風しん予防接種費助成事業実施規程第5条第2項の規定により、次のおり風しん予防接種費の助成を申請します。

予防接種対象者（該当する□に✓し、必要事項を御記入ください。）			
<input type="checkbox"/> 申請者と同一		男 ・ 女	生年月日
<input type="checkbox"/> 申請者以外	フリガナ		M・T・S・H
	氏名	年 月 日生 ( 歳)	
	住所		
該当する□に✓し、必要事項を御記入ください。			
<input type="checkbox"/> 昭和38年4月2日から平成2年4月1日までの間に生まれた方			
<input type="checkbox"/> 昭和38年4月1日以前に生まれた方			
<input type="checkbox"/> 妊婦の同居家族（妊婦との続柄 ）妊婦の氏名（ ） 妊婦の住所：市内・市外（同居の理由 ）			
<input type="checkbox"/> （女性の場合）妊娠を予定している又は希望している			
・ 風しんにかかったことが ある・ない・不明			
・ 風しんの予防接種歴 ある（ 回）・ない・不明			
<b>委任状</b>			
私（予防接種対象者）は（受領委任取扱医療機関） を 代理人と定め、風しん予防接種費助成の受領に関する権限を委任します。			
西脇市長 様 (委任者) 住所 氏名 ⑩			

この申請書で得られた個人情報適切に保管し、本事業以外の目的には使用いたしません。

審査	住所	対象要件	同居家族の確認	決 裁			助成券 NO.
				課長	主査等	担当	
	可・否	可・否	母子健康手帳 ----- 続柄・妊婦氏名				