

沼田市長様

沼田市風しん予防接種費用助成金交付申請書

下記のとおり、風しん予防接種における費用助成の交付申請をいたします。
なお、助成対象者であることを確認するため、申請内容について必要により市
が保有する個人情報調査及び確認することに同意します。

記

住 所	〒 沼田市	電話番号	
申請者 ふりがな 氏名		男 女	配偶者等氏名
生年月日	昭和 平成 年 月 日生まれ (歳)		
助 成 額	<input type="checkbox"/> 風しん単独ワクチン3,000円、またはMR風しん麻しん混合ワ クチン5,000円 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯等に属する場合は全額助成		
特記事項	<input type="checkbox"/> _____ のため委託先以外の医療機関で接種したいので申 請します。 <input type="checkbox"/> 過去に市の風しん予防接種費用助成を受けていません。		

※なお、沼田市と委託契約をした医療機関で接種する場合は、市が直接医療機
関に助成額を支払うことを委任いたします。

(代理人) 住所
氏名 (印) 続柄 ()
電 話 ()
(理由 ()