

様式第3（第7条関係）

岩倉市風しんワクチン接種全額助成申請書

年 月 日

岩 倉 市 長 殿

申 請 者

住 所

氏 名

(続柄 )

電話番号

岩倉市風しんワクチン接種助成事業実施要綱第7条第3項の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、申請内容について、医療機関等に問い合わせることに同意し、**風しんワクチン及び麻しん・風しん混合ワクチンの予防接種については、自らの意思で行うものであり、接種後、副反応その他健康被害が生じた場合は、自ら独立行政法人医薬品医療機器総合機構に申請手続きを行うものであります。**

記

被接種者氏名 及び生年月日	年 月 日 ( 歳)	配偶者氏名 及び生年月日	年 月 日 ( 歳)
接種ワクチン	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン		
全額助成理由	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯に該当するため <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯に該当するため <input type="checkbox"/> その他		

同 意 書

岩倉市風しんワクチン接種助成事業実施要綱第2条及び第5条に該当していることを確認するため、被接種者及びその世帯の課税状況並びに住民基本台帳等の調査、照会、閲覧について同意します。

申請者氏名