

年 月 日

始良市長 殿

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号（ — — ）

始良市風しんワクチン予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

始良市風しん等ワクチン予防接種費用助成金の交付について、関係書類を添えて申請します。
また、助成金の交付の決定を受けたときは、その交付を請求しますので、この書面に記載している振込先に振り込んでください。
なお、この申請に基づく交付の決定に当たり、始良市が保有する私の個人情報について閲覧すること及び医療機関等に必要な事項について問い合わせることに同意します。

申請額兼請求額 _____ 円（助成金の上限 3,500 円）

予防接種を受けた方	(ふりがな) 氏 名	妊婦との 続柄		
	生年月日	昭和・平成	年 月 日生	
	接種日及び接種ワクチンの種別 年 月 日 ・風しんワクチン ・麻しん風しん混合ワクチン いずれかに○をしてください。	接種を受けた医療機関名		
対象区分 いずれかにチェック をつけてください	☐ (1) 妊娠を希望する女性 ☐ (2) 低抗体価の妊婦の配偶者その他の同居者で、その妊婦に風しんが感染しないようワクチン接種が必要と認められる者 ☐ (3) その他市長が必要と認める者			
区分(2)の場合 に記入	妊婦の氏名・生年月日			
			昭和・平成 年 月 日生	

振込先

金融機関名		支店名	
預金種別	いずれかに○をしてください。 普 通 ・ 当 座	口座番号	
ふりがな			
口座名義人			

※ 申請者と名義人が異なる場合は、名義人に領収権を委任したものとみなします。

【※市処理欄】

住民登録 (接種日において)	添付書類 ☐ 領収書(写し) ☐ 抗体検査の結果を示す書類の写し ☐ 予防接種済証 ☐ その他(通帳の写し) ☐ 押印	決定年月日	年 月 日
		支給決定金額	円

【※市確認欄】

抗体価

- ☐ H I 法：16 倍以下の者を対象とする
- ☐ E I A 法：8 未満の者を対象とする

対象区分（2）の場合

- ☐ 妊婦とその配偶者などの同居者が共に低抗体価保持者
- ☐ 妊婦の母子健康手帳の写し

申請日

- ☐ ワクチン接種日から起算し 1 年以内

抗体検査日

- ☐ 結果を示す書類の写しがワクチン接種日から起算し 1 年以内