

美里町風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

美里町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

下記のとおり風しん予防接種費用の助成金を受けたいので申請します。予防接種費用助成金については、下記の口座に振り込んでください。

なお、申請内容の確認に当たり、住民基本台帳を閲覧すること、また確認等が必要な場合は接種医療機関に問合せをすることに同意します。

1 接種者区分 ABCいずれも風しん抗体価が低いと判定された方（該当を○で囲む。）

A	妊娠を予定又は希望している16歳から49歳までの女性
B	妊娠を予定又は希望している16歳から49歳までの女性の配偶者
C	妊婦の配偶者

風しん抗体検査方法 ※いずれかに☑	<input type="checkbox"/> HI法 <input type="checkbox"/> EIA法	抗体価 ※数値を記入	
----------------------	---	---------------	--

2 接種内容

被接種者	住 所	美里町				
	フリガナ			性別	男・女	
	氏 名					
	生年月日	年	月	日	年齢	歳
配偶者氏名		(接種者区分B・Cの方は記入)				
接種医療機関名						
接種年月日		年	月	日		

3 助成申請額（①から④のいずれかに○を付ける。）

接種ワクチン		○	接種費用	助成額
①麻しん風しん混合			円	5,000円
②風しん単独			円	3,000円
生活保護受給者	③麻しん風しん混合		円	円
	④風しん単独		円	円

4 振込先

振込先金融機関	銀行・信用組合		本店
	農協・信用金庫		支店
	種 別	普通 当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

添付書類

- (1) 予防接種を受けたことを証明する書類
- (2) 風しん抗体検査結果の写し
- (3) 予防接種の領収書（原本）・・・予防接種名が分かるもの
- (4) 母子健康手帳の写し・・・接種者区分Cの方
- (5) 生活保護受給者証の写し・・・生活保護受給者