

風しん任意予防接種助成金申請書兼請求書

年 月 日

(あて先) 那珂川市長

申請者 住所: 那珂川市

氏名 印

下記のとおり、風しん、麻しん風しん混合(MR)ワクチンの任意予防接種費用を支払いましたので、必要書類を添えて申請及び請求いたします。

なお、申請内容については、市が保有する個人情報について閲覧・調査すること、及び医療機関に問い合わせることに同意します。

今回の予防接種を実施する以前に、風しん単抗原又は麻しん風しん混合(MR)ワクチンの予防接種を2回以上受けた、もしくは、これまでに風しんにかかったことがありますか。		はい ・ いいえ (いずれかに○)	
申請区分	1 ・ 2 ※該当する番号に○	抗体検査結果	HI法 EIA法
1. 妊娠を希望又は予定している女性で、風しん抗体検査の結果、抗体価が不十分であった人。			
2. 風しん抗体検査の結果、抗体価が低い妊娠希望者もしくは妊婦の配偶者(パートナーを含む)、又は同居者で、自身の抗体価も不十分であった人。			
2.の場合… 妊婦との同居の分類	<input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> 里帰り先の親族 <input type="checkbox"/> その他()		
接種を受けた人	フリガナ 氏名		
生年月日	年 月 日 生	男 ・ 女	歳(接種日時点)
住所 <small>※申請者と同じ場合は記入不要</small>	〒 那珂川市		
連絡先電話番号	/		
接種医療機関名	TEL:() -	接種日	年 月 日
支払った金額	円	※市記入欄 助成金額	円 上限10,000円
※内容に誤りがあると振込みができません。正確にご記入ください。	振込先口座	金融機関名	銀行 本店 農協 支店 信用金庫 支所
	預金種別	普通 ・ 当座 ※○で囲んでください	
	口座番号	フリガナ	
	口座名義人		

- ※添付書類
- ・風しんの抗体検査結果がわかる書類
 - ・領収書等(接種料金、医療機関がわかるもの)
 - ・申請区分2.の人は妊娠希望者又は妊婦の風しん抗体検査結果、抗体価が不十分であったことがわかる書類

※申請時に、振込口座が分かるものと、印鑑をご持参ください。