

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

電話番号

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。

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。			
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 ※申請者と同じ場合は記入不要	〒 那珂川市		
接種医療機関名		接種日	年 月 日
支払金額	円	請求額	円 上限10,000円
振込先口座 ※申請者と同名義。 ※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。	金融機関名	銀行 農協 信用金庫	本店 支店 支所 ※ゆうちょ銀行の場合記入不要
	預金種別	普通 ・ 当座 ※ゆうちょ銀行の場合記入不要	
	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の写し
- ・接種料金がわかる領収書等の写し
- ・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の写し