様式第１号（第４条関係）

度会町風しん・MRワクチン予防接種費助成金交付申請書

　　年　　月　　日

度会町長　様

申請者　住　　所　〒

度会町

氏　　名

電話番号

度会町風しん予防接種費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

１　申請額（請求額）　　　　　　　　　　　円

２　被接種者及び請求内訳

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住　所 | 度会町 | | | |
| 氏　名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 助成対象の区分  ※該当に○をしてください | １．妊娠を希望している女性  ２．妊娠を希望している女性の同居者  ３．妊婦の同居者  ※妊婦の同居者の方は、妊婦の母子健康手帳及び妊婦一般健康診査結果票（1回）を提示してください。当該妊婦が風しん抗体価（HI法で32倍以上若しくはEIA法でEIA価8.0以上の数値（以下「接種基準」という。）又は他の検査方法による接種基準）を有している場合は、対象外とする。  上記２・３の場合、妊娠を希望している女性又は妊婦の  氏名　　　　　　　　　生年月日　　　　　　年　　月　　日  住所 | | | | |
| 接種医療機関名 |  | | | | |
| 接種年月日 | 年　　月　　日 | | 接種ワクチン | | 風しん・MR |

添付書類：①領収書（被接種者名・ワクチン名・接種日・金額が明記されたもの）の原本

②風しん抗体価の低いことがわかる書類

・対象者１の場合：妊娠希望女性

・対象者２の場合：妊娠希望女性と被接種者本人

・対象者３の場合：妊婦（母子健康手帳及び妊婦一般健康診査（1回目）

　に記載されています。）

３　振込先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 | 口座名義人 |
| 銀　　行  信用金庫  農　　協 | 本店  支店  出張所 | 普　通  当　座  その他 |  | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |

※振込先口座は、必ず申請者の口座を記載してください。