

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

印

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	本店	普通		フガナ
信用金庫	支店	当座		
農協	出張所	その他		

※振込先口座は、必ず申請者の口座を記載してください。