

(様式1)

甲佐町風しん予防接種費助成申請書兼請求書

年 月 日

甲佐町長 様

風しん予防接種費用の助成を以下のとおり申請します。
なお、助成金については、下記の口座に振り込んでください。

申請者 千 一
住 所
氏 名
生年月日
電話番号

◆接種状況について

予防接種を受けた理由	<input type="checkbox"/> (1) 熊本県風しん抗体検査事業において、予防接種が必要と判断されたため。 <input type="checkbox"/> (2) 妊娠を希望する女性とその配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあるものを含む)などの同居者(生活空間を同一にする頻度が高い者)で、過去の風しん抗体検査において、風しんの抗体価が低かった(HI抗体価が16倍以下相当)者であるため。 <input type="checkbox"/> (3) 風しんの抗体価が低い妊娠している女性の配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあるものを含む)などの同居者(生活空間を同一にする頻度が高い者)で、過去の風しん抗体検査において、風しんの抗体価が低かった(HI抗体価が16倍以下相当)者であるため。 ただし、(1)、(2)、(3)共に、風しんの定期接種対象の方、及び検査で風しんの確定診断を受けた方は対象外となります。
接種日	年 月 日
接種ワクチン	<input type="checkbox"/> 麻しん風しんワクチン (MRワクチン) <input type="checkbox"/> 風しんワクチン
接種医療機関	
接種費用	円

◆振込先について

振込口座	金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店・支所 出張所
	口座種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

<添付資料>

- 予防接種を受けた領収書・明細書の原本(接種した予防接種の種類がわかるもの)
- 熊本県風しん抗体検査事業の風しん抗体検査結果通知書の写し、若しくは、過去の風しん抗体検査(妊婦健診など)において、風しんの抗体価が低かった(HI抗体価が16倍以下相当だった)ことを証明する書類の写し
- 被接種者の身分を証明できるものの写し(マイナンバーカード、運転免許証等)
- 振込先が確認できるものの写し