

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 〃 ー
 住 所
 氏 名
 生年月日
 電話番号

印

◆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並びに風しん抗体検査受検後に風しんの予防接種を受けた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
- 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