

南丹市風しん予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

南丹市長 様

〒 _____
 住所 _____
 申請者氏名 _____
 電話番号 _____

風しん予防接種費用助成金の交付を受けたいので、必要書類(※)を添えて次のとおり申請します。
 なお、本申請の審査に必要な範囲で、費用助成対象者であることを確認されることを同意します。

- ※①領収書—医療機関の発行した領収書(氏名、接種した予防接種名、接種日のわかるもの)
- ※②接種者本人の風しん抗体検査結果
- ※③妊婦の同居者は、妊婦の母子手帳と妊婦の風しん抗体検査結果及び同居を証明する書類
 (住所の記載がある保険証や免許証・その他住所と名前のわかる書類)

風しん(MR)予防接種歴 (該当する項目に☑)	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種済 <input type="checkbox"/> 2回接種済 <input type="checkbox"/> 不明				
予防接種名及び自己負担額(いずれかに○をつけてください)			麻しん風しん予防接種(自己負担額 円)		
			風しん単独予防接種(自己負担額 円)		
交付申請額	円				
予防接種日	年 月 日				
予防接種被接種者	氏 名			生年月日	年 月 日
	住 所				電話
	該当理由 当てはまる方に○をつけ、 抗体価を記入してください (HI法16以下 EIA-IgG 価 8.0 未満どちら か)	妊娠を希望する女性		風しん 抗体価	HI EIA
		① 妊娠している女性		風しん 抗体価	HI EIA
		② ①の同居者(続柄)		風しん 抗体価	HI EIA
生活保護対象者に該当する(はい・いいえ)					
接種医療機関	医療機関名				
	住所				
	電話番号				

下欄は市役所で記入します。
 (生活保護対象者確認)

確認		該当・非該当
----	--	--------

