

別記様式第4号(第9条関係)

交付資格 の判定	適 ・ 否	否 (理由)
-------------	-------	--------

妙高市風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

妙高市長 宛て

申請者 住所
氏名
電話番号
被接種者との続柄 ()

妙高市風しん予防接種費用の助成を申請します。なお、助成金申請にあたり、私及び私の世帯員の住民基本台帳の閲覧や医療機関等への確認を認めます。

被 接 種 者	氏名		性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 (歳)	生活 保護	非該当 ・ 該当
	住 所	※申請者と同一の場合は記入不要 妙高市		
対象区分 ※ <input type="checkbox"/> をつける	※対象者は原則、風しん抗体価検査を受け、抗体価が低い又は陰性となった者です。 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> 上記の女性の配偶者等の同居者 (上記の女性との続柄:) <input type="checkbox"/> 抗体価が低い妊婦の配偶者等の同居者 (妊婦との続柄:)			
接 種 状 況	接種日	年 月 日	医療機関名	
	接種費用	円	接種ワクチン	<input type="checkbox"/> 風しん単独ワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン
振 込 先	金融機関名	(銀行・信金・農協)		支店名
	預金種別	普通 ・ 当座		口座番号
	口座名義人	(カタカナでご記入ください)		

注1 次の書類を添付してください

- ・ 予防接種を受けた医療機関が発行した領収書(原本)
- ・ 抗体価検査を受けた医療機関が発行した風しん抗体価を確認できる書類
- ・ 抗体価が低い女性(妊婦)の配偶者等の同居者は、女性の風しん抗体価を確認できる書類の写し
- ・ 生活保護世帯に属する方は、被保護者証明書の写し

※以下は記入しないでください。

助成交付額	円	領収書	有 ・ 無	債権者番号
対象者区分	①妊娠希望者 () ②①の配偶者 () ③①の同居者 () ④妊婦の配偶者 () ⑤妊婦の同居者 ()			