

(表)

様式第1号 (第4条関係)

南魚沼市風しん予防接種費用助成申請書

年 月 日

(あて先)

南魚沼市長

〒

申請者 住 所 南魚沼市

氏 名.....(印)

(自署又は記名押印)

電話番号.....

南魚沼市風しん予防接種費用助成事業実施要綱の規定に基づく予防接種を下記のとおり受けましたので、関係書類を添えて助成金の交付を申請します。

(接種した者が複数の場合は、裏面に記載してください。) ※は記入しないでください。

① 接種 した 者	住 所	〒 南魚沼市		
	(フリガナ) 氏 名 (男・女)		
	生 年 月 日	年 月 日		
	助成対象区分 (番号を○で囲む)	(1) 妊娠を希望する女性 (2) 妊娠を希望する女性の夫等の同居者 (3) 妊婦の夫等の同居者 注) 市内に住所を有すること、風しん抗体価が低い又は陰性 (HI 法 16 倍以下、EIA 法 EIA 価 8.0 未満) であることが助成の条件です。	※ 該当・非該当	
接 種 状 況	予防接種名 (○で囲む)	(1) 風しん単独ワクチン ・ (2) 麻しん風しん混合ワクチン		
	医療機関名		
	接 種 日	年 月 日		
	接 種 費 用	円		
振 込 先	金融機関名	支店名	
	預 金 種 別	普通・当座	口座番号
	口座名義人	(フリガナ)		

【添付書類】

- ・領収書の写し
- ・医療機関が発行する予防接種を受けたことを証する書類
- ・医療機関が発行する風しん抗体価が低い又は陰性 (HI法16倍以下、EIA法EIA価8.0未満) であることを証する書類
- ・助成対象事由(3)の場合は、母子健康手帳の写し

(裏)

② 接種した者	住 所	①の者に同じ	
	(フリガナ) 氏 名	(男・女)	
	生 年 月 日	年 月 日	
	助成対象区分 (番号を○で囲む)	(1) 妊娠を希望する女性 (2) 妊娠を希望する女性の夫等の同居者 (3) 妊婦の夫等の同居者 注) 市内に住所を有すること、風しん抗体価が低い又は陰性 (HI 法 16 倍以下、EIA 法 EIA 価 8.0 未満) であることが助成の条件です。	※ 該当・非該当
接種状況	予防接種名 (○で囲む)	(1) 風しん単独ワクチン ・ (2) 麻しん風しん混合ワクチン	
	医療機関名		
	接 種 日	年 月 日	
	接 種 費 用	円	

③ 接種した者	住 所	①の者に同じ	
	(フリガナ) 氏 名	(男・女)	
	生 年 月 日	年 月 日	
	助成対象区分 (番号を○で囲む)	(1) 妊娠を希望する女性 (2) 妊娠を希望する女性の夫等の同居者 (3) 妊婦の夫等の同居者 注) 市内に住所を有すること、風しん抗体価が低い又は陰性 (HI 法 16 倍以下、EIA 法 EIA 価 8.0 未満) であることが助成の条件です。	※ 該当・非該当
接種状況	予防接種名 (○で囲む)	(1) 風しん単独ワクチン ・ (2) 麻しん風しん混合ワクチン	
	医療機関名		
	接 種 日	年 月 日	
	接 種 費 用	円	

④ 接種した者	住 所	①の者に同じ	
	(フリガナ) 氏 名	(男・女)	
	生 年 月 日	年 月 日	
	助成対象区分 (番号を○で囲む)	(1) 妊娠を希望する女性 (2) 妊娠を希望する女性の夫等の同居者 (3) 妊婦の夫等の同居者 注) 市内に住所を有すること、風しん抗体価が低い又は陰性 (HI 法 16 倍以下、EIA 法 EIA 価 8.0 未満) であることが助成の条件です。	※ 該当・非該当
接種状況	予防接種名 (○で囲む)	(1) 風しん単独ワクチン ・ (2) 麻しん風しん混合ワクチン	
	医療機関名		
	接 種 日	年 月 日	
	接 種 費 用	円	