

様式第1号（第4条関係）

平成 年 月 日

（宛先）秋田市長

住所 秋田市八橋南一丁目8番3号

申請者 氏名 (接種者本人) 印

電話番号 XXX - XXXX

風しん予防接種費助成金交付申請書

私は、これまで風しんの予防接種を受けたことがなく、風しんの抗体検査又は妊婦健診を受検した結果、抗体価が十分でないと診断されたため、医療機関において風しんのワクチンを接種したことから、その接種費の助成について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、本申請内容について、市が保有する個人情報を見たり調査することおよび医療機関に問い合わせることに同意します。

該当する番号を で囲んでください。

1	妊娠を希望する女性である。
②	妊娠を希望する女性の配偶者等である。
3	抗体価が低い妊婦の配偶者等である。

配偶者等：配偶者のほか、事実上婚姻関係と同様の事情にある者も含む。

接種を受けたかたの氏名		フリガナ	
生年月日	平成 年 月 日（満XX歳）	性別	①男 ②女
予防接種を受けた医療機関名		病院	
予防接種を受けた日	XX年XX月XX日	接種 ワクチン	1 風しんワクチン ② 麻しん風しん混合ワクチン <small>接種したワクチンの番号を で囲んでください。</small>
接種費用（医療機関に支払った額）		8,000円	

【助成金の上限額】風しんワクチン3,000円、麻しん風しん混合ワクチン5,000円

申請額	5,000円
-----	--------

裏面あり

振込口座

振込先	銀行・協同組合 金庫・信用組合			本店・支店 支所・出張所	
店番	YYY	種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通当座	口座番号	0000000
口座名義人	フリガナ				

(口座名義人は申請者と同一にしてください。)

[添付書類]

- 1 風しんの予防接種を行った医療機関が発行した領収書の原本
- 2 妊娠を希望する女性又はその配偶者にあつては、抗体価が低い者であることを確認することができる通知等の写し
- 3 抗体価が低い妊婦の配偶者にあつては、抗体価が低い者であることを確認することができる通知等の写しのほか、妊婦が抗体価が低い者であることを確認することができる母子健康手帳の写しなど
- 4 その他市長が必要と認める書類

申請者と口座名義人が違う場合、委任状の提出を併せてお願いいたします。なお、委任状に押印する印鑑は、申請書と同一の印鑑で押印をお願いいたします。