

様式第1号（第6条関係）

風しん予防接種費助成金交付申請書兼請求書

甲賀市風しん予防接種費助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり助成金を申請し請求します。申請に当たり、市職員が住民基本台帳を確認することに同意します。また、接種を受けた医療機関又は施設に接種状況について照会することに同意します。

甲賀市長あて 申請日 年 月 日

※ 太枠内をご記入ください。

ふりがな 申請者 (被接種者) 氏名			性別	生年月日		
	④		男 女	年	月	日
住 所	〒 _____ 電話 ( _____ )					
風しん抗体 検査 <input type="checkbox"/> 県事業 <input type="checkbox"/> 妊婦健診	検査日		実施医療機関		検査結果	
	年	月	日			<input type="checkbox"/> HI抗体価16倍以下 <input type="checkbox"/> EIA法8.0未満
助成の要件 該当するも のにチェック	<input type="checkbox"/> 今後、妊娠を希望又は予定している女性 <input type="checkbox"/> 妊娠中の女性の夫又は胎児の父親 <input type="checkbox"/> 妊娠中の女性の同居家族					
風しん 予防接種 接種状況	接種日		接種医療機関		ワクチンの種類	
	年	月	日			<input type="checkbox"/> 風しん単独 <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合
	予防接種の窓口支払い額					
	(1) _____ 円					
助成請求額	※ (1) の額、又は 7,000 円のいずれか少ない額をご記入ください。 _____ 円					
振込み先	金融 機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所				
	預金 種別	普通 ・ 当座	フリガナ 口座名義人			
	口座 番号					(右詰記入)

(添付書類) ・滋賀県風しん抗体検査、または妊婦健診による風しん抗体検査の検査結果書  
 ・風しん単独予防接種又は麻しん風しん混合予防接種の領収書  
 ※原本をお持ちください。写しをとらせていただきます。