

# 記入例

別 記

第1号様式（第5条）

風しん予防接種費用助成申請書兼請求書

(あて先) 印西市長

記入しないでください。

年 月 日

住 所 〒

申請者 氏 名  
(請求者)

電話番号

次のとおり、風しん予防接種費用の助成を申請します。  
 なお、この申請に係る審査に必要な範囲において、住民基本台帳を閲覧し、及び医療機関に問い合わせることについて同意します。

フリガナ			生年月日	年 月 日		
助成対象者 氏名			(年齢)	( 歳)		
申請区分 ※いずれかに○をすること	① 妊娠を希望する女性					
	② ①の配偶者 (パートナー)	配偶者 (妻・パート ナー)	氏 名			
	③ 妊婦の配偶者 (パートナー)		生年月日	年 月 日		
抗体価検査結果 ※いずれかに○をすること	① H I 法 3.2倍未満 ② E I A ( I g G ) 法 8.0未満					
ワクチンの種類 ※いずれかに○をすること	ア 風しんワクチン イ 麻しん風しん混合ワクチン					
接種年月日	年 月 日					
接種医療機関名	名 称					
	住 所					
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 組 合 農 協		支店名	支店	
	種 別	普通・当座	口座番号			
	フリガナ					
	名義人 (※請求者と同一)					
請求金額						円

- ※ 添付書類 (1) 接種年月日及びワクチンの種類が確認できる書類  
 (2) 助成対象費用の支払いを証する書類  
 (3) 風しん抗体価検査結果が確認できる書類