

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

年 月 日

（あて先）印西市長

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<br>※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<br>(パートナー)                            |      | 配 偶 者<br>(妻・パート<br>ナー) | 氏 名   |  |  |  |
|                         |                  | ③ 妊婦の配偶者<br>(パートナー)                           |      | 生年月日                   | 年 月 日 |  |  |  |
| 抗体価検査結果<br>※いずれかに○をすること |                  | ① H I 法 3 2 倍未満<br>② E I A ( I g G ) 法 8.0 未満 |      |                        |       |  |  |  |
| ワクチンの種類<br>※いずれかに○をすること |                  | ア 風しんワクチン<br>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<br>住 所                                    |      |                        |       |  |  |  |
| 振込先                     | 金融機関名            | 銀 行<br>信用金庫<br>組 合<br>農 協                     |      | 支店名                    | 支店    |  |  |  |
|                         | 種 別              | 普通・当座                                         | 口座番号 |                        |       |  |  |  |
|                         | フリガナ             |                                               |      |                        |       |  |  |  |
|                         | 名義人<br>(※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