

風しん予防接種費用助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

大津町長 様

大津町風しん予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により関係書類を添えて申請・請求します。

申請者 〒 -
住 所
氏 名
電話番号

◆接種状況について

被接種者氏名 (接種を受けた人)	(男 ・ 女)
生年月日	年 月 日生
被接種者住所	大津町
予防接種を受けた理由	<input type="checkbox"/> (1) 熊本県風しん抗体検査事業において、予防接種が必要と判断されたため。 <input type="checkbox"/> (2) 過去の風しん抗体検査において、風しんの抗体価が低く（H I 抗体価が16倍以下相当）、妊娠を希望する者※であるため。 <small>※妊娠を希望する女性とその配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあるものを含む）などの同居者（生活空間を同一にする頻度が高い者）</small> ただし、(1)、(2) 共に、風しんの定期接種対象の方並びに風しん抗体検査受検後に風しんの予防接種を受けた方及び検査で風しんの確定診断を受けた方は対象外となります。
接種日	令和 年 月 日
接種ワクチン	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン（MRワクチン） <input type="checkbox"/> 風しん単独ワクチン
助成額	円

◆振込先について

振込口座	金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店・支所 出張所	
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
		※ゆうちょ銀行の場合は、こちらもご記入ください	記号：	番号：
	フリガナ			
	口座名義人			

<添付資料>

- 予防接種を受けた領収書
- 熊本県風しん抗体検査事業の風しん抗体検査結果通知書の写し、若しくは、過去の風しん抗体検査（妊婦健診など）において、H I 抗体価が16倍以下相当だったことを証明する書類の写し