

宇美町風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

宇美町長

申請者  
住所  
氏名  
電話番号

印

次のとおり風しん予防接種費用助成金の交付を申請します。

また、助成申請にあたり、交付決定のために必要な個人情報を閲覧することに同意します。

接種対象者	フリガナ 氏名	男・女	生年 月日	年 月 日
	住所	※申請者と同一の場合は記入不要		申請者との 関係
対象となる理由（いずれかに○） ※風しん抗体価が低いことが条件です		妊娠を希望する女性		
		(妊婦・妊娠を希望する女性) の夫またはパートナー		
		(妊婦・妊娠を希望する女性) の同居人		
予防接種を受けた日		年 月 日		
予防接種を受けた医療機関名				
ワクチン名（いずれかに○）		麻しん風しん混合（MR）ワクチン		
		風しん単独ワクチン		
医療機関に支払った金額		円		
申請（請求）金額		円		
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義人			

口座名が接種対象者でない場合は、下記の欄に記入して下さい。

委任欄	支払金の受領を【 （口座名義人を記入）】に委任します。
	年 月 日 委任を依頼した方の氏名 _____ 印

#### 申請にあたって

- 1 風しん抗体価が低いとは、H I 法又はE I A法により行う抗体検査によるもので、宇美町風しん予防接種費用助成金交付要綱第2条別表に定める抗体価未満であるものをいいます。
- 2 振込先の口座名義人は、申請者または接種対象者と同一としてください。異なる場合は、委任状が必要です。
- 3 申請書に次の書類を添付して提出してください。
  - ・予防接種実施医療機関の領収書（接種対象者の氏名、接種日、ワクチン名、料金、医療機関名が記載されたもの）
  - ・風しん抗体検査の結果が確認できるもの
  - ・妊婦の夫またはパートナーまたは同居人が接種した場合は、母子健康手帳の写し
- 4 申請額（助成金額）は、接種費用又は助成上限額（5,000円）のいずれか低い額となります。