

岐阜市風しんワクチン接種費用助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）岐阜市長

申請者 フリガナ 氏名 _____ ⑧

住所 _____

電話番号 _____

生年月日 _____ 年 月 日（ 歳）

（申請者は、ワクチン接種者本人に限る。）

下記のとおり風しんワクチンの予防接種を受けましたので、岐阜市風しんワクチン接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、助成金の支払のために必要な範囲で、私の世帯状況等に関する記録を閲覧することに同意します。

該当するものに○をし、必要事項をご記入ください。

| | | | |
|------------------|---|---|-----|
| 申請区分 | 1 妊娠を予定・希望している女性 2 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者 3 風しんの抗体価が低い妊婦の同居家族 | | |
| 接種を受けた医療機関名及び接種日 | 医療機関名 | | |
| | 接種日 | 年 | 月 日 |
| 接種を受けたワクチンの種類 | 1 麻しん風しん混合ワクチン(MR) 2 風しんワクチン | | |

| | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|---|
| 申請金額 | | | | | | 円 |
|------|--|--|--|--|--|---|

※予防接種費用の全額が、費用助成の対象となります。

上記の費用については、次の金融機関口座へ振込にて支払われるよう申請します。

| | | | |
|-----------------|-----------------------|-------|---------|
| 金融機関名 | 銀行・農協 信用金庫 信用組合 | 口座種別 | 普通 ・ 当座 |
| | | 口座番号 | |
| 本店 支店 出張所 | | フリガナ | |
| | | 口座名義人 | |

- 医療機関が発行した領収書（風しんの予防接種と確認できるもの）を添付しましたか。
- 妊娠している女性の配偶者及び同居家族の方は、母子健康手帳の写し（保護者欄が記載されている部分）を添付しましたか。

麻しん風しん予防接種予診票又は風しん予防接種予診票は添付しましたか。

風しん抗体検査結果通知書又は風しん抗体検査の結果が確認できるものは添付しましたか。

*振込先の口座名義人は、申請者と同一の方としてください。

*申請は、1人につき1回しかできません。