

風しん予防接種費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

小鹿野町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

風しん予防接種費助成金の交付を受けたいので、小鹿野町風しん予防接種費助成金交付要綱第5条の規定により関係書類を添えて申請（請求）します。

なお、申請内容を確認するため、町が保有する個人情報を利用し、又は医療機関に問い合わせることに同意します。

1 助成対象者（予防接種を受けた方）

住 所			
フリガナ		性 別	男・女
氏 名			
生 年 月 日	年 月 日	年 齢	歳【接種日の年齢】
対象者区分 (いずれかに○)	A	妊娠を予定している又は希望している女性【16歳以上50歳未満】	
	B	妊婦の同居者 妊婦氏名	
	C	妊娠を予定している又は希望している女性の同居者	
風しん抗体検査方法 ※いずれかに□	☐ H I 法 ☐ E I A 法	抗体価 ※数値を記入	

2 接種内容

接種医療機関名		接種日	年 月 日
いずれかに○	A	風しん単抗原ワクチン（助成金額：3,000円）	
	B	麻疹風しん混合ワクチン（助成金額：5,000円）	
	C	生活保護世帯等（助成金額： 円）	
接種費（医療機関で支払った金額）	円		

3 申請（請求）額 円

4 振込先（口座名義人は申請者と同じ方とする。）

金 融 機 関		支店名	
預 金 種 別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口 座 名 義 人			

添付書類

- ☐風しん抗体検査結果がわかる書類（写し可）☐予防接種の領収書（原本）
☐振込先が確認できるもの（通帳等の写し等）
☐母子健康手帳の写し（対象者区分Bの方で申請時に原本を提示できない場合に限る。）
☐生活保護世帯の方は受給者証
☐中国残留邦人等支援支給給付制度適用者の方は本人確認証

町使用欄 【下記には記入しないでください。】

抗体検査結果（写し可）	予防接種領収書（原本）	振込先確認	母子健康手帳（写し）	生保受給者証	中国残留邦人本人確認	受付	