

様式第1号（第6条関係）

風しん予防接種費用助成金交付申請書

次のとおり関係書類を添えて、風しん予防接種費用の助成金の交付を申請します。
また、助成申請に当たり、交付決定のために必要な個人情報を読覧することに同意します。

助成対象者 (接種者)	(ふりがな) 氏名	()		
	生年月日	年	月	日 (歳)
	住所	〒 篠栗町		
	電話番号	()		
対象者区分 (いずれも風しん抗体価が 低い者であること。)		妊娠希望者（妊婦は除く。）		
		妊娠希望者と同居している配偶者（パートナーを含む。） 及び同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族等）		
		妊婦と同居している配偶者（パートナーを含む。）及び同 居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族等）		
接種日	年	月	日	
予防接種を受けた 医療機関				
接種内容		MR（麻しん・風しん混合）ワクチン		
		風しんワクチン		
支払った金額	円			
申請者 氏名 _____ 助成金額 金 _____ 円 年 月 日 (宛先) 篠栗町長				
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	
	口座名義人	フリガナ		

注1 対象者区分及び接種内容は、いずれかに○を記入してください。
注2 助成金額は支払った金額又は助成上限額(5,000円)のいずれか低い金額になります。

【添付書類】

- ① 医療機関が発行した領収書の写し及び抗体検査の結果が確認できるもの
- ② 抗体価が低い妊婦と同居している配偶者（パートナーを含む。）及び同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族等）が助成を受けようとする場合は、母子健康手帳等の写し