

備前市大人の風しん予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

備前市長 様

備前市大人の風しん予防接種費用助成事業による助成金の交付を受けたいので、次のとおり必要書類を添えて申請します。なお、助成対象者であることを確認するため、備前市が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

申請者 住所
氏名
電話 () -

申請理由	妊娠を希望している	
※当てはまる 右の欄に○を	パートナーまたは同居の女性が妊娠を希望している	
	妊娠中であるパートナーまたは同居の女性の、風しんの抗体価が低い	

被 接 種 者	フリガナ 氏 名		生年 月日	S・H 年 月 日	
	住 所 ※申請者本人の 場合は省略可	(〒 -) 備前市			
	接種した ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)ワクチン			<input type="checkbox"/> 風しん単独ワクチン
	申請金額	円			
	接種医療機関				

注意：麻しん風しん混合(MR)ワクチン接種の場合、助成金額の上限は 7,000 円、風しん単独ワクチン接種の場合、助成金額の上限は 4,000 円です。

なお、ワクチン接種料金が助成額未満の場合は、ワクチン接種料金と同額が助成金額となります。

振 込 先	金融機関名	() 銀行・信用金庫・農協 () 本店・支店・支所		
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	口座名義人 ※申請者と同一でない 場合は、裏面も記入	フリガナ 氏 名		

- 添付書類 ①領収書原本 ②風しんウイルス抗体検査の結果が記載されているもの
③その他市長が必要と認める書類

※添付書類の注意事項

- ①領収書 (ただし以下の記載があるものに限る。)
- ・ワクチン接種料金である旨の記載があること。 ・被接種者氏名が記載されていること。
- ・接種日及び領収日が記載されていること。
- ②風しん抗体検査の結果が記載されているもの
- *妊娠を希望している女性の場合、抗体価が HI 法で 32 倍未満又は他の検査方法で同程度とみなされること。
- *妊娠を希望している女性のパートナー等の同居者の場合、抗体価が HI 法で 16 倍未満又は他の方法で同程度とみなされること。
- *妊婦のパートナー等の同居者の場合、抗体価が HI 法で 16 倍未満又は他の方法で同程度とみなされ、かつ、相手の妊婦の抗体価が HI 法で 32 倍未満又は他の方法で同程度とみなされること。(妊婦の抗体検査の結果も添付してください。)

※こちらの面は、申請者と口座名義人が異なる場合のみ、記入してください

委 任 状	備前市大人の風しん予防接種費用助成金の受理に関する権限を、下記代理人に委任します。		
	年	月	日
	申 請 者 (被接種者)	住 所	
		氏 名	Ⓜ
	代 理 人	住 所	
	氏 名	Ⓜ	