

様式第1号(第5条関係)

八千代市任意風しん予防接種費用助成金交付申請兼請求書

(あて先)八千代市長

八千代市任意風しん予防接種費用助成金の交付を申請(請求)します。

なお、本申請に当たり、助成対象者の住民基本台帳を確認すること、および領収書に必要事項が記載されていない場合は医療機関に問い合わせることについて同意します。助成金については、下記口座への振込みを希望します。

申請者氏名		申請日	令和 年 月 日
助成対象者住所 (接種を受けた方)	〒	電話番号 (日中連絡のとれる番号)	
助成対象者氏名 (接種を受けた方)	(フリガナ)	性別	男 ・ 女
		生年月日	年 月 日
申請区分	<input type="checkbox"/> 1. 千葉県等自治体で実施する風しん抗体検査受検(平成30年12月25日以降に受検した検査が対象) <input type="checkbox"/> 2. 風しん第5期定期予防接種対象の抗体検査受検 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <p>2 に該当する方は、右記の該当する項目にもチェックしてください。</p> </div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> <input type="checkbox"/>①妊娠を予定、または希望している女性の同居者  <input type="checkbox"/>②妊婦の同居者                 </div> </div> <input type="checkbox"/> 3. 妊婦健診時の風しん抗体検査受検(平成30年12月25日以降に受検した検査が対象) <input type="checkbox"/> 4. 千葉県及び妊婦健診以外の風しん抗体検査受検(令和6年4月1日以降に受検した検査が対象)		
接種ワクチン	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン	接種日	令和 年 月 日
請求金額	金 _____ 円 (助成上限額 3,000 円)	全額助成の対象となる人は該当の項目を選択してください。 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 原発避難者特例法の避難住民 <input type="checkbox"/> り災後1年以内かつ市長の認めた人	

【振込口座】 ネット銀行等、振込みできない金融機関があります。詳細はお問い合わせください。

振込口座	金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	銀行 信金 農協	支店名 (店番号)	支店 出張所 (    )
	口座種別	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			
	ゆうちょ銀行の場合	口座種別	普通・当座	
	店番号(記号)	口座番号		
	フリガナ			
口座名義人				
備考	(助成対象者が口座名義人と異なり、受領を委任する場合) 上記口座名義人に支給金額の受領を委任します。 助成対象者氏名 _____			

- 添付書類
- ・予防接種に係る領収書原本(接種者名・接種年月日・予防接種の種類が記載されたもの)
  - ・風しん抗体価が低いことを証明できる書類(検査結果等をいう)の写し
  - ・全額助成の対象となる人は、その旨がわかる書類の写し