

申請日 令和 年 月 日

八千代市任意風しん予防接種費用助成申請書

(宛先)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します。

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及び医療機関に当該申請に係る医療情報を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		電話番号 (日中連絡のとれる番号)	
助成対象者住所 (接種を受けた方)	〒 八千代市		
助成対象者氏名 (接種を受けた方が 自署してください。)	(フリガナ)	性別	男 ・ 女
		生年月日	昭和 平成 年 月 日
助成対象者区分	☐ 1 妊娠を希望する女性 ☐ 2 妊娠を希望する女性・妊婦の同居者 ☐ 3 妊婦健診で風しん抗体価が低いとされた女性 ☐ 4 その他		
受検した抗体検査 (1～3は、平成30年12 月25日以降に限る。)	☐ 1 千葉県等地方自治体で実施する風しん抗体検査 ☐ 2 風しん第 5 期定期予防接種対象の抗体検査 ☐ 3 妊婦健診時の風しん抗体検査 ☐ 4 1～3以外の風しん抗体検査(令和 8 年4月1日以降に限る。)		
接種ワクチン	☐ 風しんワクチン ☐ 麻しん風しん混合ワクチン	接種日	令和 年 月 日
接種費用	_____円 ※助成の上限は 3,000 円です。	次のいずれかに該当するときは、選択してください。 ☐ 生活保護受給者 ☐ 原発避難者特例法の避難住民 ☐ り災後1年以内	

【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(自署)_____											

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