

年 月 日

愛荘町長

(申請者)

住 所 愛荘町

氏 名 印

電 話

愛荘町風しん任意予防接種費用助成金交付申請書（兼請求書）

愛荘町風しん任意予防接種費用助成金を次のとおり交付されるよう申請します。

なお、この申請に基づく支給決定に当たり、愛荘町が保有する情報について閲覧することおよび医療機関等に問い合わせることに同意します。

申請額（請求額） 円

被接種者氏名			性 別	男・女
被接種者住所	愛荘町			
生年月日	年 月 日（ 歳）		☐ 生活保護世帯に属する者	
対象者区分	☐ 妊娠を希望している女性 ☐ 妊娠を希望している女性の配偶者などの同居人 ☐ 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居人			
風しん抗体 検 査	検 査 日	検査実施機関	検査結果	
	年 月 日		☐ HI法 16倍以下 ☐ ELA法 8.0未満または 国際単位30IU/ml未満	
風しん予防 接 種 状 況	接 種 日	接種医療機関	ワクチンの種類	
	年 月 日		☐ 風しん単独 ☐ 麻しん風しん混合	
	予防接種の窓口支払額			

振込先

振込金融機関			支店名	
預金種別	普通・当座		口座番号	
(ふりがな) 口座名義人				

添付書類

☐領収書（被接種者名、予防接種名、接種費用および接種日がわかるもの）☐抗体検査結果書（風しん抗体価が低い状態にあること、被検査者名、検査日および医療機関がわかるもの）

*振込先の口座名義人は、申請者と同一としてください。

*助成金額は接種費用の2分の1の額で上限額は5,000円です。

1円未満の端数が生じた場合は、これを1円に切り上げます。

*申請は1人につき1回とします。