別記様式第１号（第７条関係）

修正テープ消える筆記具等の使用は不可。
消えない筆記具を使用ください。
年度末までに提出して下さい。

年　　月　　日

# 近江八幡市成人の風しん任意予防接種助成金交付申請書

近江八幡市長　宛

被接種者本人

申請者　氏名　　印

住所　〒

近江八幡市

電話　　（　　）

捨印

シャチハタは不可。
全て同じ印鑑で押印ください。

近江八幡市成人の風しん任意予防接種助成事業実施要綱第２条の対象者に当たるため、第７条の規定により、助成金を交付されたく申請します。なお、この申請に係る交付決定に当たり、近江八幡市が保有する情報について閲覧すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被接種者 | フリガナ<br>氏　名 | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 対象要件該当項目<br>※　(1)～(3)のいずれかに該当し、かつ、(4)(5)のいずれかに該当 | □　(1)　妊娠を希望する女性<br>□　(2)　前号（妊娠を希望する女性）に該当する者の配偶者又は同居者<br>□　(3)　風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者又は同居者<br>□　(4)　滋賀県風しん抗体検査を受け風しんに対する免疫が不十分と判断された。<br>□　(5)　過去に受けた風しん抗体価検査の結果、風しん抗体価が、HI 法で 16 倍以下、その他の方法で HI 法の 16 倍以下に相当する値だった。 | | | |
| 予防接種実施医療機関名 | | | | |
| 接　種　日 | 予防接種の種類 | 接種費用 | 請　求　額 | |
| 年　　月　　日 | | 円 | 円 | |

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（キリトリ線）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

近江八幡市長　宛

記入しないで下さい。

近江八幡市成人の風しん任意予防接種助成金交付請求書

年　　月　　日

金　　円

捨印

次のとおり、近江八幡市成人の風しん任意予防接種の助成金を請求します。

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 申請者 | 住所 | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 被接種者本人　　印 | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀　行<br>信用金庫<br>農　協 | | | 本店　支店<br>出張所　代理店 | | | 種別 | 1　普通<br>2　当座 | |
| | 口座番号 | | | | | | | | 口座番号は右詰め記入 | |
| | フリガナ | | | | | | | | | |
| | 口座名義人 | 申請者（被接種者）本人名義のもの | | | | | | | | |

備考　申請の際は、朱肉を用いる印鑑及び通帳（振込先が確認できるもの）をご持参ください。

添付書類　(1)　接種した医療機関等の領収書（風しん予防接種又は麻しん風しん予防接種と分かるもの）
(2)　予防接種の記録が記載されているもの（予防接種済証等）
(3)　滋賀県風しん抗体検査結果又は過去の風しん抗体検査結果が分かるもの