

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

申請者 氏名 _____

(助成対象者との続柄 _____)

住所 〒 _____

近江八幡市 _____

電話 _____ (_____) _____

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、この申請にかかる助成金の交付決定に当たり、近江八幡市が保有する申請者及び助成対象者の住民票情報等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。

助成対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
対象要件該当項目	☐ (1) 妊娠を希望する女性			
	☐ (2) 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者又は同居者			
※ (1)(2)のいずれかに該当し、かつ、(3)(4)のいずれかに該当	☐ (3) 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。			
	☐ (4) 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				
種類	☐ 風しん単体		接種日	年 月 日
	☐ 風しん麻しん混合 (MR)			
接種費用	円		助成申請額 ※費用の7割相当 上限7,000円	円

私が受領する近江八幡市成人の風しん任意予防接種助成については、下記の口座へ振込ください。

振込先	金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協					本 店 支 店 出張所 代理店		1 普通 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								

備考 4月から2月までに予防接種を受けた場合は接種日の属する年度の3月31日までに、3月に予防接種を受けた場合は翌月10日までに提出すること。

添付書類 ☐ 接種した医療機関等の領収書(風しん予防接種と分かるもの)
☐ 滋賀県風しん抗体検査結果、もしくは過去に受けた風しん抗体検査結果がわかるもの
☐ 振込先の通帳のわかるもの(通帳、キャッシュカードなど)