

江津市風しん予防接種費用助成金交付申請書

江津市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

印

江津市風しん予防接種費用助成金の交付を受けたいので、江津市風しん予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定により申請します。なお、申請内容について市が保有する個人情報を閲覧・調査すること及び医療機関に照会することに同意します。

1 助成対象者（風しん抗体が低いため、予防接種を受けた方）

	氏 名	生 年 月 日	
ふりがな 氏 名		年 月 日(歳)	
住 所	〒		
対象区分 (いずれかに○)	1. 妊娠を予定又は希望している女性		
	2. 妊娠を希望している女性の配偶者又は同居者	1の女性の氏名・住所	
		氏名	住所
	3. 妊婦の配偶者又は同居者	妊婦の氏名・住所	
氏名		住所	

2 申請内容

実施医療機関名	
内 容 (いずれかに○)	1. 麻しん風しん混合（MR）ワクチン（助成金額：5,000円）
	2. 風しん単独ワクチン（助成金額：3,000円）
助成額	（生活保護世帯 円）
	円

※添付書類

- ① 医療機関が発行する領収書（原本）又は医療機関が発行する証明書類
- ② 接種前の抗体検査の結果が確認できるもの
- ③ 口座振替申出書
- ④ 母子手帳（妊婦のみ）