

向日市風しん予防接種助成事業申請書兼助成金請求書

令和 年 月 日

向日市長 宛

向日市風しん予防接種助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請（請求）します。なお、交付決定を行うために必要な住民基本台帳、課税状況等の情報について、市が確認することに同意します。

記

| | | | | |
|-------------------------------------|---|---|------|---------|
| 被接種者 (申請者) | 住所 | 向日市 町 | | 連絡先(電話) |
| | 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 申請の条件 (該当する条件の□に チェックしてください。) | | <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性で風しん抗体価が低い者 <input type="checkbox"/> 風しん抗体価が低い妊婦の同居者で抗体価が低い者 (ただし、同居している妊婦の抗体価が低いことが確認できる者) | | |
| 課税の状況 | | <input type="checkbox"/> 非課税世帯である <input type="checkbox"/> 生活保護世帯である | | |
| 交付申請額 (請求金額) | | 円 | | |
| 接種日 | 使用ワクチン名の種類 | かかった費用 | 助成金額 | |
| 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン <input type="checkbox"/> 風しんワクチン | 円 | 円 | |

①かかった費用×2/3の額（1円未満は切り捨て）
②市民税非課税世帯と生活保護法による被保護世帯の方は、かかった費用と同額

1 次の関係書類を添付します。（チェックしてください。）

- 領収書（原本で予防接種の内容の表記があるもの）
- 風しん抗体価検査結果（HI法1：16以下、EIA-IgG法8.0未満）がわかるもの（コピー可）

<風しん抗体価の低い妊婦の配偶者・同居者は、次の書類も必要です。>

- 同居している妊婦の母子健康手帳の「子の保護者欄」の記載があるページ（1ページ目）のコピー
- 同居している妊婦の抗体価が低いことを確認できるもの
風しん抗体価検査結果（HI法1：16以下、EIA-IgG法8.0未満）（コピー可）
または、検査結果の記入がある母子健康手帳の検査記録ページのコピー
- 妊婦と住民票所在地が違う場合は、同居者本人宛の郵便物等

2 次の口座に振り込んでください。（申請者本人の名義でない場合は*に続柄を記入）

| | | | |
|-------|----------|----------|----|
| 金融機関名 | 銀行・金庫・農協 | | 支店 |
| 預金の種類 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 | |
| 口座名義 | フリガナ | *申請者との続柄 | |
| | 氏名 | | |

* 妊娠を希望する女性で抗体価が低いことを確認する書類がない方の申立て欄

- 過去に麻しん風しん、又は風しんの予防接種を受けたことがない
- 過去に風しんにかかったことがない

以上のことに相違ありません。（署名： ）