

<注>予防接種を受けた本人が記入してください。

記入例

様式第1号

向日市風しん予防接種助成事業申請書兼助成金請求書

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。

予防接種を受けられた方についてご記入ください

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)		例 5,333 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	・麻しん風しん混合ワクチン ・風しんワクチン	例 8,000円	例 5,333円	

該当する場合はチェックしてください

いずれかに○をつけてください

- 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

添付書類をご確認ください

<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\*に続柄をご記入ください)

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	通帳等をご確認の上、金融機関名、 口座番号をもれなくご記入ください
口座名義	フリガナ 氏名	*申請者との続柄 例 夫	