

風しん等任意予防接種費用助成申請書

(あて先)

年 月 日

魚沼市長

申請者(本人)

住 所 魚沼市

氏 名 _____ 印

電話番号 _____ () _____

次の項目について、それぞれ該当する□にチェックしてください。

1	<input type="checkbox"/> 抗体検査を受け、抗体価が低い、又は陰性と判定された。
2	<input type="checkbox"/> 妊娠を予定、又は希望する女性である。(現在、妊娠していない。) <input type="checkbox"/> 妊娠を予定、又は希望する女性の夫である。 <input type="checkbox"/> 妊娠を予定、又は希望する女性の同居家族で、住民基本台帳法上も同一世帯である。 <input type="checkbox"/> 風しん抗体価が低いか陰性である妊婦の夫である。 <input type="checkbox"/> 風しん抗体価が低いか陰性である妊婦の同居家族で、住民基本台帳法上も同一世帯である。

次のとおり風しん等任意予防接種を受けたので、接種費用の助成を申請します。

なお、この申請に必要な事項を、魚沼市が住民基本台帳等により確認することに同意します。

被 接 種 者 氏 名			
生 年 月 日 性 別	昭和・平成 年 月 日生 (男・女)		
接 種 年 月 日	年 月 日		
接 種 医 療 機 関 名			
予 防 接 種 名	該当する□にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 風しん単独予防接種 <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合(MR)予防接種		
接 種 費 用	円		
申 請 額	該当する□にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 風しん単独予防接種 4,000円 <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合(MR)予防接種 6,000円		
振 込 先 金 融 機 関 ※口座名義人は、申請 者と同一にお願いしま す。	銀行名	銀行・農協 信組・信金	支店名 支店
	(フリガナ) 口座名義人	()	口座番号 (普)

- ※(添付書類) 1 医療機関発行の領収書(原本)または領収証明書(金額と接種内容のわかるもの)
 2 医療機関発行の風しん抗体検査結果証明書(経産婦は母子健康手帳でも可)
 3 妊婦の夫又は同居の家族の場合は、妊婦の母子健康手帳及び妊婦の風しん抗体検査結果のわかるもの

※ 以下は記入不要です。

次 の と お り 決 定 し ま す 。	課 長	係 長	担 当
助 成 額 円			