

別 記

第1号様式(第5条第1項)

年 月 日

(あて先)市原市長

申請者

住 所

氏 名

電話番号

印

市原市風しん予防接種費用助成申請書

市原市風しん予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、申請にあたり、申請者の住民登録について住民基本台帳等により確認されることに同意します。また、以下の申請内容のとおり相違ありません。

被接種者名	生年月日	接種日	負担額
	年 月 日 (歳)		円
申請要件 該当する番号に○	1 妊娠を予定又は希望する女性 2 妊娠を予定又は希望する女性の配偶者※ 3 妊婦の配偶者※ ※婚姻の届出をしていないが、妊娠を予定又は希望する女性、又は妊婦と同居している等事実上婚姻関係と同様の事情にある方を含みます。		
接種を受けた医療機関			
接種を受けたワクチン種類 どちらかに☑	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン 助成金額：3,000円 <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)ワクチン 助成金額：5,000円		
助成金申請額	円		

支給決定された金額については、下記口座に振り込んでください。

振込先	金融機関名	銀行・信用組合 信用金庫・農 協						支店 出張所
	預金種別	普通・当座	(フリガナ) 口座名義人	()				
	口座	店番号		口座番号				
	(左詰記入)							

添付書類

・接種を受けた医療機関の領収書又は診療報酬明細書等

(接種を受けたワクチン名、医療機関名、接種日、自己負担額が記載されているもの)

※紛失等の事情により上記書類を添付できない場合は、市原市から接種を受けた医療機関に接種状況等について照会することに同意します。

同意します 同意しません (どちらかに☑)

※申請書に記載された内容について証明された場合に限り、助成を決定します。

その他

・助成要件に含まれていませんが、参考までに伺います。

(※) 千葉県風しん抗体検査 (無料)を受けましたか	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> いいえ	検査結果	
-------------------------------	---	------	--

別 記

第1号様式(第5条第1項)

記載例

年 月 日

(あて先)市原市長

申請者
住 所
氏 名
電話番号

印

印鑑の押し忘れに
ご注意ください。

市原市風しん予防接種費用助成申請書

市原市風しん予防接種費用の助成を受けたので、次のとおり申請します。
なお、申請にあたり、申請者の住民登録について住民基本台帳等により確認される
ことに同意します。また、以下の申請内容とおり相違ありません。

被接種者名	生年月日	接種日	負担額
	年 月 (歳)		円
申請要件 該当する番号に○	1 妊婦又は希望する女性		
	2 妊婦又は希望する女性の配偶者*		
接種を受けた医療機関	3 妊婦又は希望する女性の配偶者* ※ 同居していないが、妊娠を予定又は希望する女性、又同居している等事実上婚姻関係と同様の事情にある方。		
接種を受けた医療機関	ゆうちょ銀行の場合は、通帳をご確認いただき、こちらに店番(3桁)と下部に口座番号(7桁)を記入してください。		
支	申請者と振込先の口座名義人は、同一の方のお名前をご記入ください。異なる場合は委任状の提出が必要です。		
振込先	金融機関名	銀行・信用組合 信用金庫・農 協	支 店 出張所
	預金種別	普通・当座	(フリガナ) () 口座名義人
	口座 (左詰記入)	店番号	口座番号

添付書類

- ・接種を受けた医療機関の領収書又は診療報酬明細書等
(接種を受けたワクチン名、医療機関名、接種日、自己負担額が記載されているもの)

※紛失等の事情により上記書類を添付できない場合は、市原市風しん予防接種状況等について照会することに同意します。

同意します 同意しません (どちらかに)

※申請書に記載された内容について証明された場合に限り、助成を受けさせていただきます。

(検査結果の書き方)

HI法：32倍未満・以上
EIA(IgG法)：8.0未満・以上
陰性・陽性 等

その他

- ・助成要件に含まれていませんが、参考までに伺います。

(※) 千葉県風しん抗体検査(無料)を受けましたか	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> いいえ	検査結果
---------------------------	---	------