

別記様式（第6条関係）

美濃加茂市風しんワクチン予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

美濃加茂市長 （氏名） 宛

申請者

住 所 美濃加茂市

氏 名 印

電話番号

美濃加茂市風しんワクチン予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により助成金の交付を申請します。

なお、助成を受けるにあたり必要があるときには、税情報等の公簿等の確認や医療機関に確認を行うことに同意します。

対象区分		<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> 風しん抗体価が十分でない妊娠中の女性の同居者	
被接種者	住 所	美濃加茂市	
	フリガナ氏名		
	生年月日	年 月 日 （ 歳）	
予防接種名		<input type="checkbox"/> 風しんワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン	
接種医療機関名			
接種日		年 月 日	
接種自己負担額		円	
添付書類		<input type="checkbox"/> 当該接種をしたことが確認できる書類 <input type="checkbox"/> 当該予防接種に係る領収書 <input type="checkbox"/> 風しんウイルス抗体検査の結果を確認することができる書類 （接種日の過去1年以内の検査に限る）	
振込先	金融機関名 支店名	銀行・組合・金庫 金融機関コード（ ）	本店・支店 支店番号（ ）
	預金種別	普通	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人 （申請者）		

※ □印欄は、該当するものにレ印をつけてください。

裏面にも記入欄があります

【申請要件確認事項】

美濃加茂市風しんワクチン予防接種費用助成金の交付を受けるにあたり、**被接種者が下記要件に該当するかご確認**ください。要件を満たさない場合、助成が受けられません。

番号	要件	申請者確認欄	市該当確認欄
1	接種日に美濃加茂市に住民登録がある	ある・ない	する・しない
2	交付申請書提出日に美濃加茂市に住民登録がある	ある・ない	する・しない
3	接種日の過去1年以内の風しん抗体検査で抗体価が十分でないと検査結果書類で確認できる (抗体価基準…H I 法16倍以下、E I A法8.0未満、C L E I A法14.0未満)	できる できない	する・しない
4	接種日の翌日から起算して1年以内の申請である	はい・いいえ	する・しない
5	市税等納付状況において未納の有無	ある・ない	する・しない

妊娠中の女性の同居者の場合、下記要件もご確認ください。

番号	要件	申請者確認欄	市該当確認欄
1	接種日に当該女性も美濃加茂市に住民登録がある	ある・ない	する・しない
2	交付申請書提出日に当該女性も美濃加茂市に住民登録がある	ある・ない	する・しない
3	接種日の過去1年以内の風しん抗体検査で当該女性の抗体価が十分でないと検査結果書類で確認できる (抗体価基準…H I 法16倍以下、E I A法8.0未満、C L E I A法14.0未満)	できる できない	する・しない

〈市記入欄〉

支給決定額	円
-------	---