様式第１号（第５条関係）

大人の風しん等予防接種　費用助成申請書

年　　月　　日

飯綱町長宛

私は、飯綱町麻しん風しん等予防接種助成事業実施要綱第５条第１項の規定により、申請します。

なお、助成金の支給を適正に判断するために、住民基本台帳の確認及びワクチン接種の実施状況につ

いて、関係課並びにワクチン接種医療機関等に照会をすることに同意します。

1. 被接種者の状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生年月日 | |
| 被接種者氏名  （接種を受けた方） |  | | 昭和・平成　　　年　　月　　日 | |
| 住所 | 飯綱町大字 | | | |
| 接種日 | 年　　月　　日 | 接種医療機関 | |  |
| 請求金額 | 円 | | | |
| （助成額は8,000円を上限とし、実際に支払った金額と比較して低い方の金額を記入してください） | | | |
| 申請区分  （いずれかに☑） | □妊婦健診で風しん抗体価※が低いと判定された。  □19歳以上の者で、医療機関等で受けた風しん抗体検査の結果、抗体価※が低いと判定された。 | | | |
| 確認事項  （全てに☑が入ること） | □風しんにかかったことがない。  □風しんの予防接種歴（定期・任意接種含む）が1回以内である。  あるいは接種歴が不明である。 | | | |

※HI法16倍以下、EIA法８未満または国際単位301U/mL未満、国際単位451U/mL未満

２、申請者

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 申請者氏名 |  |
| 申請者住所 | 飯綱町大字 |
| 被接種者との続柄 |  |
| 電話番号 |  |

３、振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・金庫  組合・農協 | 口座番号 | 普通・当座 | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支店 | フリガナ |  | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | |

（添付書類）

１　風しん抗体検査の結果書類の写し（医療機関が発行したものあるいは母子手帳）

２　予防接種の領収書（原本）

３　自身の予防接種歴がわかるもの（接種歴不明な場合は不要）