

みやま市風しん予防接種費用助成金交付申請(請求)書

みやま市長 様

年 月 日

次のとおり、風しん、MR(麻しん・風しん混合)ワクチン接種費用を支払いましたので、下記事項に同意の上、関係書類を添えて、接種費用の助成を申請します。

①申請した内容について確認の必要がある場合は、みやま市が公簿等で確認すること及び医療機関に問い合わせることに同意します。

②公簿等で確認できない場合は、みやま市からの求めに応じて関係書類を提出します。

1 接種者及び申請者(予防接種を受けた者の氏名・未成年の場合は保護者の氏名)

申請区分	1. 妊娠希望の女性(妊婦は除く) 2. 妊娠希望の女性及び妊婦(氏名)の (ア)配偶者(パートナーを含む) (イ)同居者(生活空間を同一にする頻度が高い家族)				
抗体検査	検査日	妊娠希望者・妊婦	年 月 日	検査結果	倍・EIA価・IU/mL・その他()
		配偶者・同居者	年 月 日		倍・EIA価・IU/mL・その他()
ふりがな					年 月 日
接種者					年 月 日
申請者	(接種者との続柄:)				
住所	〒 ー みやま市				電話番号

2 予防接種の実施医療機関

名称			
所在地		電話番号	

3 助成金申請額

予防接種の種類	接種年月日	支払金額 ① (領収書の金額)	市の助成額 ②	申請額 (①と②の低い方の金額)
	. .	円	円	円

4 振込先

金融機関名	銀行・金庫・農協		本店・支店・出張所			
預金種別	普通・当座	口座番号	番号(左づめで記入)			(フリガナ)
						口座名義

- (添付書類) ①風しん抗体検査受診票(抗体検査の結果、抗体価が低いことがわかるもの)
 ②領収書(医療機関発行のもので、接種したワクチンとその費用が確認できるもの)
 ③配偶者等の母子手帳(妊娠している女性の配偶者や同居家族が申請する場合)
 ④非課税証明書又は生活保護受給証明書(接種費用の全額助成対象者が申請する場合)
 ⑤振込先の通帳の写し(預金名義人等の確認ができる部分)