

別 記

第1号様式（第7条関係）

鎌ヶ谷市風しん等の予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

鎌ヶ谷市長 様

助成金の交付を受けたいので、鎌ヶ谷市風しん等の予防接種費用助成要綱第7条の規定により次のとおり申請します。なお、申請資格等の確認について、鎌ヶ谷市が調査することに同意します。

フリガナ		生年月日
申請者氏名 (被接種者)	印	年 月 日
住所	鎌ヶ谷市	
電話番号	昼間の連絡先	
申請要件 ※該当する番号に○をつけてください	風しん抗体検査で抗体価が十分でない（※1）と判断された 1 妊娠を予定または希望している女性 2 上記1に該当する者の配偶者（※2） 3 妊娠している女性の配偶者 ※1 「抗体価が十分でない」の判定基準は、HI法で32倍未満、EIA法-IgGで8.0未満、又はこれらに相当するもの。 ※2 配偶者は、婚姻の届出はしていないが、事実上婚姻関係のある者を含む。	
	予防接種の種類	1 風しんワクチン 2 麻しん風しん混合ワクチン
	接種年月日	年 月 日
	接種医療機関名	
	接種費用	円
申請額	風しんワクチン（交付限度額3,000円） _____円 麻しん風しんワクチン（交付限度額5,000円） _____円 ※ 接種費用の額が、交付限度額より低い場合は、接種費用の額となります。	

(添付書類)

- 1 抗体検査結果票（接種を受けた方の氏名、検査日、実施医療機関名、抗体価が記載されているもの。）
- 2 接種費用に係る領収書の写し（接種を受けた方の氏名、接種年月日、接種医療機関名、ワクチン名、接種費用が記載されているもの。）
- 3 身分証明書の写し
- 4 母子健康手帳の写し（妊娠している女性の配偶者（※2）が申請する場合に限る。）
- 5 受給証明書の写し（生活保護等の者が申請する場合に限る。）

【振込先】 交付決定があったときは、下記に振り込むよう請求します。

	銀行 信用金庫	支店 出張所
普通・当座	フリガナ	
口座番号	口座名義人	