別記

様式第１号（第５条第１項関係）

草津市風しん予防接種費助成金交付申請書兼請求書

　　 年　　月　　日

　　草津市長　あて 申請者 住所　〒

氏名　　　　　　　　　　　　　　印

電話

　草津市風しん予防接種費の助成をされたく申請し、請求します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者氏名 |  | □生活保護世帯に属する者 |
| 被接種者住所 |  |
| 被接種者生年月日 | 明治・大正昭和・平成 | 　　　　年　　　月　　　日生（満　　　歳） |
| 　実際にかかった接種費用(a)　×　助成割合(b)　　＝　　　　　　(c)　（　　　　　　　　）円　　 ×　　　　　 割　　＝　（　　　　　　　　　）円　　　１円位未満切捨て生活保護世帯に属する者以外で(c)が７，０００円を超える場合は、助成申請額は７，０００円を限度とする |
| 助成申請額 | 金　　　　　　　　　　円 |
| 予防接種の種類 | □　乾燥弱毒性風しんワクチン（R） 　□　乾燥弱毒性麻しん風しん混合ワクチン（MR） |
| 接種年月日 | 　　年　　　月　　　日 | 検 査 年 月 日 |  年　 　月　　 日 |
| 添付書類 | □領収書（被接種者名、予防接種名、接種費用および接種日がわかるもの）以下（※）のどちらか□①滋賀県風しん抗体検査結果書（※）□②妊婦健診において受けた風しん抗体検査の結果書（※）□③追加的対策における風しん抗体検査の結果書□④平成２６年４月以降に受けた風しん抗体検査の結果票（追加的対策における対象者のみ）（※）（ＨＩ抗体価が16倍以下、ＥＩＡ価が8.0または国際単位30IUml未満であること、被検査者名、検査名、検査日、医療機関名がわかるもの） |
| 確 認 項 目 | 添付書類③、④の場合いかに該当する者□妊娠を希望する女性の配偶者等の同居の者□風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者等の同居の者 |
| 助成金振込口座 | 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　銀行 店　　　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　　　　支店　　　　　　　　　　　信用組合　　　　　　　　　　　 出張所　　　　　　　　　　　農業協同組合　　　　　　　　　　代理店 |
| 預金種別 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

住民基本台帳閲覧承諾書

　草津市風しん予防接種費助成のために、子育て相談センター所長が私の世帯の住民基本台帳を閲覧することを承諾します。

　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　草津市

 氏名