

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		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風しん抗体検査申込（問診）票の写し（※） ☐ 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）（※） （H I抗体価が16倍以下、E I A価が8.0または国際単位30IU/ml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の場合以下に該当する者 ☐ 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