

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				<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒性風しんワクチン (R) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ①滋賀県風しん抗体検査結果書（※） <input type="checkbox"/> ②妊婦健診において受けた風しん抗体検査の結果書（※） <input type="checkbox"/> ③追加的対策における風しん抗体検査の結果書 <input type="checkbox"/> 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の場合いかに該当する者 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者等の同居の者 <input type="checkbox"/> 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 信用金庫 信用組合 農業協同組合		店 支店 出張所 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