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）（※）  （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