

様式1 (第4条関係)

碧南市風しんワクチン接種費用助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

碧南市長 様

金 額		円
-----	--	---

申請者 住 所 碧南市 _____

氏 名 _____

(続柄: _____)

電話番号 _____

下記のとおり、風しんワクチン予防接種を受けたので、碧南市風しんワクチン接種費用助成事業実施規程第4条の規定により申請します。

ふりがな 被接種者氏名		住 所	碧南市
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日		
接種対象 区分 (該当する番号 に○をつける)	世帯 区分	1 一般 2 市民税非課税世帯又は生活保護受給世帯	
	対 象 者	ア. 妊娠を希望する女性 (出産経験 あり・なし ○をつけてください) イ. 妊娠を希望する女性の夫または妊婦の夫 (妊婦氏名: _____) ウ. 妊娠を希望する女性の同居者または妊婦の同居者 (妊婦氏名: _____)	
風しん抗体検査	検査年月日	年 月 日	抗体価 HI 法 倍・EIA 法
接種ワクチン の種類	1. 風しんワクチン 2. MR (麻しん風しん混合) ワクチン		接種日 年 月 日 (接種当日 満 歳)
接種に要した費用	円	接種医療機関	

振 込 先	金 融 機 関	銀行・組合 本店 信用金庫 支店・支所					
	種 別	普通・当座	口座番号				
	(フ リ ガ ナ) 口座名義人						

添付書類：風しん抗体検査の結果がわかる書類、接種医療機関発行の領収書(原本)、被接種者氏名、予防接種名、接種日のわかる書類 (原本) (ご提出いただいた書類は原則返却できません)

この申請内容の審査のため碧南市の保有する情報について閲覧又は調査すること及び医療機関等に問い合わせることを承諾します。また、過去に風疹ワクチン接種費用の助成を受けたことはありません。

自署 _____

※ 事務処理欄 (以下は記入しないでください)

(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	支給決定金額	
-------------------	-------	--------	--