様式第1号(第4条関係)

風しん予防ワクチン接種費用助成金交付申請書

年　　月　　日

小　千　谷　市　長　あて

住　　所　小千谷市

申請者　氏　　名

電話番号　　(　　)

１，２の項目にそれぞれ該当する□にチェックしてください。

1	□抗体検査を受検し、抗体価が低い又は陰性（ＨＩ法 16 倍以下、ＥＩＡ法ＥＩＡ価 8.0 未満）となった者。
2	□妊娠を希望する女性である。（現在、妊娠していない。） □妊娠を希望する女性の夫及び同居（住民基本台帳法上の同一世帯）の家族である。 □風しん抗体価が低い妊婦の夫及び同居（住民基本台帳法上の同一世帯）の家族である。

次のとおり風しん等予防接種を受けたので、接種費用の助成を申請します。
なお、この申請に必要な事項を、小千谷市が住民基本台帳等により確認することに同意します。

被接種者	住　　所	小千谷市		
	フリガナ			
	氏　　名	（男・女）		
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生		
接種状況	予防接種名	該当する□にチェックしてください。 □風しん単独予防接種　□麻しん風しん混合(MR)予防接種		
	医療機関名			
	接種日	年　　月　　日		
	接種費用	円		
	申請額	該当する□にチェックしてください。 □風しん単独予防接種　４，０００円 □麻しん風しん混合(MR)予防接種　６，０００円		
振込先	金融機関名	銀行・組合・金庫・農協　本店・支店		
	預金種別	普通・当座	口座番号	No.
	フリガナ			
	口座名義人			

※（添付書類）
1　風しん抗体検査の結果を証する書類
2　医療機関発行の領収書（原本）又は領収証明書
3　医療機関発行の接種済証（ある場合）
4　妊婦の夫又は同居の家族の場合は、妊婦の母子健康手帳

＊ 以下は記入不要です。小風第　　号

次のとおり決定します。	課　長	課長補佐	係　長	担　当	公印使用	発　送
助成額　　円						