

別 記

第 1 号様式（第 7 条関係）

流山市風しん予防接種費用助成金支給申請書

年 月 日

（宛先）流山市長

風しん予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

〈添付書類〉

- 風しんワクチンの接種に係る領収書の原本
- 風しんワクチンを接種した年月日及び接種した風しんワクチンの種類が確認できる書類の写し
- 風しん抗体価が低いことが確認できる書類（千葉県等が実施する風しん抗体検査の結果通知書）の写し
- 委任状（申請者と口座名義人が異なる場合）

フリガナ				
申請者氏名 （被接種者） ※署名又は記名押印	Ⓜ	生年月日	昭和 平成	年 月 日
住所 電話番号	〒 流山市 ☎ ()			
助成対象者の区分	1 妊娠を希望する女性 2 妊娠を希望する女性の同居者 3 風しんの抗体価（免疫）が低い妊婦の同居者			
	上記の2又は3に該当する方は、妊娠を希望している女性又は妊婦について記入してください。 フリガナ 氏名 生年月日 S・H 年 月 日 住所			
接種医療機関名				
ワクチンの種別	1 乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン 2 乾燥弱毒生風しんワクチン			
接種費用額※	円（税込）	接種年月日	年 月 日	

※初診料・再診料等、予防接種以外の費用は含まれません。

振込先	銀行・金庫 組合・農協		支店 出張所		
			ゆうちょ銀行 の場合店番号		
口座番号（7桁）	普通・当座				
フリガナ					
口座名義人					
次の項目に該当する方は、□に✓をしてください。 （1） <input type="checkbox"/> 千葉県等が実施する風しん抗体検査の結果が、HI法で3.2倍未満、EIA法で8.0未満であった <input type="checkbox"/> 過去に、本市を含む地方公共団体から風しんワクチンの接種に係る費用の助成を受けたことがない （2） <input type="checkbox"/> 生活保護世帯に属している					
同意書					
風しん予防接種費用に係る助成金の支給決定に当たり、私及び助成対象者の区分に記入した妊娠を希望する女性又は妊婦の住民票並びに私に係る生活保護世帯の該当の有無を確認し、及び予防接種の実施を確認できない場合は、医療機関に確認することを市の職員が行うことに同意します。 （宛先）流山市長 氏名 Ⓜ（署名又は記名押印）					

※提供いただいた個人情報は、風しん予防接種費用助成金支給の目的以外に使用しません。

※申請は、流山市保健センターまで郵送又は持参にて受付しております。申請期限等が定められておりますので、市ホームページ等で御確認ください。