

別記

第1号様式（第7条関係）

保健センターの提出日。

申請書を郵送する場合は、無記入でお願いします

記入方法

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

※申請受付期間:接種した年度の3月31日まで[当日消印有効]

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された場合(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の関係が確認できる書類)

シャチハタ印は不可です。捨印の御協力をお願いします。

フリガナ				昭和	年	月	日
申請者氏名	捨印	生年月日	平成	年	月	日	
接種日時点の氏名、住所を御記入ください。	流山市						
電話番号	☎	()					
接種日時点の氏名、住所を御記入ください。	1 妊娠を希望する女性 2 妊娠を希望する女性の同居者 の抗体価(免疫)が低い妊婦の同居者 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してください。						
の区分	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		どちらかに○。				
	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。

原則的には、申請者と同一名義の口座。それ以外は委任状が必要です。	銀行・金庫	支店		
	組合・農協	出張所		
	ゆうちょ銀行			
	の場合店番号			

口座番号(7桁)	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) 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
- 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) 生

(1)のすべてに✓がある場合に、助成対象者となります。

必ず御記入ください。氏名と印は、申請者欄と同一でお願いします。

同意書	氏名
助成金の支給決定に当たり、本人又は妊婦の住民票並びに私印を捺印し、申請書に添付してください。	捨印
当の有無を確認し、並びに予防接種の実施を確認できない場合は、区原稿に捺印することをして市の職員が行うことに同意します。	
(宛先) 流山市長	

※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。