

流山市風しん予防接種費用の助成に関する規則第7条の規定により、必要書類を添えて次のとおり申請します。なお、私（被接種者）は、これまでに流山市を含む地方公共団体から風しんワクチンに係る費用の助成を受けたことはありません。

この申請内容の審査のために必要な範囲において、市や関係医療機関が保有する被接種者の個人情報（生活保護受給状況、風しんに係る抗体検査やワクチン接種）について、市が確認等を行うことに同意します。

(署名又は記名押印)

(フリガナ) 氏名		住所	〒 流山市	
生年月日	年 月 日	電話番号		
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 妊婦の同居者※	※区分2または3の方のみ 妊娠を希望する女性又は妊婦の方について 氏 名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日		
ワクチンの種類	☐ 麻しん風しん混合（MR） ☐ 風しん単独		接種年月日	年 月 日
接種医療機関名			接種費用	円

2 振込先 (※申請者と口座名義人が異なる場合は委任状が必要です。)

[illegible]

☐接種費用が分かる領収書の原本

☐抗体検査結果が分かる書類の写し

☐ワクチンの種類・接種日が分かる書類の写し

☐住民登録： 年 月 日（☐接種日住民）
☐同居者： 年 月 日（☐接種日同居）
☐生活保護確認
☐助成要件確認（検査日／結果／接種日／その他）
☐支給決定額 5,000／3,000／