

八幡市予防接種(風しん)費用助成申請(請求)書

年 月 日

八幡市長 様

〒 -
住所：八幡市

申請者
(予防接種を受けた方)

氏名： _____ ㊞
連絡先電話番号： _____

下記のとおり助成金の支給を申請し、下記の口座へ振り込まれるよう申し出します。また、助成額確定に必要な場合は、市が保有する個人情報を閲覧・調査すること、及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

記

(フリガナ) 対象者氏名		生年月日 (年齢)	昭・平 年 月 日 (歳)
助成対象 の区分	1 妊娠を希望している女性 2 妊娠を希望している女性の配偶者(児の父親) 3 妊婦の配偶者(児の父親) 4 抗体価の低い妊婦の同居人で抗体価の低い者		
	※該当する番号に○をしてください 上記2から3までに該当する方は、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 昭・平 年 月 日 住所 八幡市		
抗体価検査	受検済 ・ 未受検	結果	HI法 (HI価) _____ EIA法 (EIA-IgG価) _____
予防接種を受けた医療機関	電話 _____		
接種内容	1	MR (麻しん風しん混合) ワクチン	※該当する番号に○をしてください
	2	風しん単独ワクチン	
接種費用額	円 _____	接種年月日	年 月 日
振込先 金融機関	銀行・金庫 組合・農協		支店 出張所
			ゆうちょ銀行の場合の店番 _____
	口座の種類/番号	普通・当座	_____
	(フリガナ) 口座名義人	_____	

抗体価検査未受検または、抗体価検査の結果が不明な場合は、以下の内容を確認して署名・押印をお願いします。

- 過去に麻しん風しん、又は風しんの予防接種を受けたことがない。
- 過去に風しんにかかったことがない。

以上のことに相違ありません。

氏名： _____ ㊞

市記入欄	課税状況			確認		受付者	助成決定額 円
	課	非	生	母子手帳(写)			
				領収書(原本)			
				同居人の免・健			