八幡市予防接種（風しん）費用助成申請（請求）書

令和　　年　　月　　日

八幡市長　様

〒　　－

申請者住所：

氏　名：

続　柄：　本人　・　その他（　　）

連絡先：

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。 ﾌﾘｶﾞﾅ 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 2　風しん単独ワクチン		**※該当する番号に○をしてください**
接種費用額	円	接種年月日	令和　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		
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 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
	課	非	生	母子手帳(写)			円
				領収書(原本)			
				同居人の免・健			