

日吉津村風しん予防接種費用助成金交付申請（請求）書

日吉津村長 様

風しんワクチンを接種したので、日吉津村任意予防接種助成事業実施要綱第5条の規定により次のとおり申請（請求）します。

申請日	令和 年 月 日									
申請 (請求)者	住所	日吉津村大字								
	フリガナ									
	氏名	印	生年 月日	S 年 月 日 H	電話 番号	- -				
接種した 予防接種	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン <input type="checkbox"/> 風しんワクチン									
接種に 要した額	円			申請（請求）額 ※注意事項参照			円			
申請理由	<input type="checkbox"/> (1) 妊娠を希望する女性のうち、風しん抗体価の低い者 <input type="checkbox"/> (2) 妊婦の配偶者（内縁を含む。） <input type="checkbox"/> (3) 妊婦の同居者 <input type="checkbox"/> (4) 妊娠を希望する女性（風しん抗体価の低い者に限る。）の同居者であって、風しん抗体価の低い者									
実施医療機関				予防接種実施日	令和 年 月 日					
振 込 先	<input type="checkbox"/> 村に登録済の振込口座への振り込みを希望します。 ※振込口座の登録がない場合は、下記を記入してください。									
	フリガナ		印			預金 種別	普通 ・ 当座			
	口座名義人（※申請者名義）		印			口座 番号				
	金融機関名	銀行・組合 金庫		支店・支所 出張所		口座 番号				

【添付書類】

- ・ 医療機関発行の領収書（ワクチン名、被接種者氏名、接種日、接種料金の記載のあるもの）
- ・ 母子健康手帳【申請理由（2）または（3）の場合】
- ・ 妊娠を希望する女性および同居者の風しん抗体価検査の結果がわかるもの【申請理由（1）または（4）の場合】
- ・ 生活保護受給証明書【生活保護世帯の場合】

【注意事項】

- ・ 申請（請求）額は、1回の接種につき8,000円を上限とし、接種費用が上限に満たないときはその額となります。
- ・ 申請（請求）は、接種を受けた年度の翌年度4月10日までに行ってください。

※これより下は、役場記入欄です。

日吉津村任意予防接種助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり交付決定してよいか伺います。									
令和 年 月 日									
確認欄	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 抗体価検査の結果 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書				交付決定額	円			
村長	課長	合議						主査	