

四街道市風しんワクチン接種助成金交付申請書

申請日 年 月 日

四街道市長 様

〒
住所

申請者 氏名

(被接種者との関係)

電話番号

四街道市風しんワクチン接種助成金交付要綱第4条の規定により、必要書類を添付の上、下記のとおり接種費の助成を申請します。

記

(□は該当箇所にレをしてください)

助成対象者 (被接種者)	氏名	(フリガナ)	住所	四街道市
	生年月日	年 月 日 (歳)	電話番号	
対象該当項目	<input type="checkbox"/> (1) 18歳以上50歳未満の妊娠を希望している女性 <input type="checkbox"/> (2) (1)の同居者 <input type="checkbox"/> (3) 風しん抗体価が低いと確認された妊婦の同居者			
風しん抗体検査の結果	<input type="checkbox"/> 千葉県および千葉市・船橋市・柏市の実施する風しん抗体検査 検査日 年 月 日 検査結果 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> EIA 価 8.0 未満 <input type="checkbox"/> HI 法 32 倍未満		<input type="checkbox"/> 左記以外の風しん抗体検査実施機関 () 検査日 年 月 日 検査結果 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> EIA 価 8.0 未満 <input type="checkbox"/> HI 法 32 倍未満	
接種ワクチン	<input type="checkbox"/> 風しん単抗原ワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン (MR) 接種年月日 年 月 日			
風しんの接種履歴	過去に風しんまたは麻しん風しん混合ワクチン (MR) または麻しんムンプス風しん混合ワクチン (MMR) の予防接種を2回以上 <input type="checkbox"/> 受けたことがない <input type="checkbox"/> 受けたことがある (今回の助成は対象外)			
過去の風しん接種助成の有無	今までに、四街道市風しんワクチン接種助成事業による助成金の交付を <input type="checkbox"/> 受けたことがない <input type="checkbox"/> 受けたことがある (今回の助成は対象外)			

(振込先)

金融機関名		店名	店
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座		
口座番号			
フリガナ			
口座名義人			

市記入欄

【添付書類確認】

- 千葉県等または医療機関・検査機関発行の風しん抗体価結果通知書(検査日・抗体価が記載のもの)の写し
風しん等予防接種領収書の原本・予防接種済証(被接種者名・接種年月日・ワクチン名が記載のもの)の写し
抗体価検査・予防接種とも平成30年12月25日から令和7年3月31日までの実施日であること
* (3) 妊婦の同居者については、妊婦の風しん抗体価が記載された母子健康手帳の写し
* 被接種者と申請者が異なる場合：(同一世帯) 身分証明書のコピー (別世帯) 委任状を提出

受付者サイン

--