様式第1号(第4条関係)

風しん等任意予防接種費用助成申請書

(あて先)　　年　　月　　日

魚 沼 市 長

申請者(本人)

住　　所 魚沼市

氏　　名　　印

電話番号　　(　　)

次の項目について、それぞれ該当する□にチェックしてください。

1	□抗体検査を受け、抗体価が低い、又は陰性と判定された。
2	□妊娠を予定、又は希望する女性である。(現在、妊娠していない。) □妊娠を予定、又は希望する女性の夫である。 □妊娠を予定、又は希望する女性の同居家族で、住民基本台帳法上も同一世帯である。 □風しん抗体価が低いか陰性である妊婦の夫である。 □風しん抗体価が低いか陰性である妊婦の同居家族で、住民基本台帳法上も同一世帯である。

次のとおり風しん等任意予防接種を受けたので、接種費用の助成を申請します。

なお、この申請に必要な事項を、魚沼市が住民基本台帳等により確認することに同意します。

被接種者氏名 生年月日性別	昭和・平成　年　月　日生　(男・女)			
接種年月日	年　月　日			
接種医療機関名				
予防接種名	該当する□にチェックしてください。 □風しん単独予防接種　□麻しん・風しん混合(MR)予防接種			
接種費用	円			
申請額	該当する□にチェックしてください。 □風しん単独予防接種　4,000円 □麻しん・風しん混合(MR)予防接種　6,000円			
振込先金融機関 ※口座名義人は、申請者と同一にお願いします。	銀行名	銀行・農協 信組・信金	支店名	支店
	(フリガナ) 口座名義人	(　　)	口座番号	(普)

※(添付書類)1　医療機関発行の領収書(原本)または領収証明書(金額と接種内容のわかるもの)
2　医療機関発行の風しん抗体検査結果証明書(経産婦は母子健康手帳でも可)
3　妊婦の夫又は同居の家族の場合は、妊婦の母子健康手帳及び妊婦の風しん抗体検査結果のわかるもの

※　以下は記入不要です。

次のとおり決定します。	課　長	係　長	担　当
助成額　　円			

伺
決裁　.　.