

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				
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陰性である妊婦の夫である。			
	☐ 風しん抗体価が低い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	銀行名	銀行・農協 信組・信金	支店名	支店
※口座名義人は、申請 者と同じにお願いしま す。	(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	伺
助 成 額 円				決 裁 . .