

年 月 日

風しんワクチン等接種費用助成申請書
(協力医療機関以外で接種を受けた場合)

岬町長宛

協力医療機関以外で風しんワクチン等を接種しましたので、助成金の交付を申請するとともに記載事項について、岬町において、住民基本台帳等により確認することに同意します。

申請者(自署)

住 所 _____

(ふりがな)

氏 名 _____

電話番号 _____

生年月日 年 月 日 年 齢	昭・平 年 月 日生 歳(接種日現在)	保健センターでの確認事項
助成対象者区分 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性	<input type="checkbox"/> 平成26年4月1日以降に風しんワクチン等接種費用助成を利用していない <input type="checkbox"/> 昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性ではない 風しん抗体検査年月日： (年 月 日) 風しん抗体検査結果：()
	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者	
	<input type="checkbox"/> 妊婦の配偶者	
接種日	年 月 日	
接種医療機関	医療機関名 所在地	
接種ワクチンの種類 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン (MR)	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン

* 以下は記入しないで下さい。

予防接種個人負担額 ①	助成基準額 ②	助成決定額 ③ (①と②の少ない方の額)
円	円	円

* 助成金の上限額：麻しん風しん混合ワクチン 10,043 円、風しんワクチン 6,501 円

* 添付書類

接種費用に係る領収書

抗体検査結果の写し

健康保険証または運転免許証等、妊婦の配偶者の方は母子健康手帳