

2022年7月〇日

## 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) (見本)

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 岬町多奈川谷川 2424-3

(ふりがな)

氏名 岬 花子

電話番号 072-000-△△△△

生年月日 年 月 日 齢	昭・ <b>平</b> 10年〇月△日生 24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 checked="" type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 <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	<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：( )
接種日	2022年6月〇日	
接種医療機関	医療機関名 <b>〇△クリニック</b> 所在地 <b>和歌山市〇△1-2</b>	
接種ワクチンの種類 (いずれかに✓)	<input checked="" 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