

別記様式（第5条関係）

松江市風しん予防接種費用助成金交付申請書

（あて先）松江市長

申請日： 年 月 日

松江市風しん予防接種費用助成事業実施要綱に基づき、次のとおり助成金の交付を申請します。
 なお、この申請に基づく支給決定に当たり、申請書に記載された内容等について、市役所内関係課への情報提供及び医療機関に問い合わせることに同意します。

1 予防接種を受けた人（申請者） ※該当する人のみ✓→□生活保護世帯に属している

（フリガナ） 氏名		住所	松江市		
生年月日	年 月 日	連絡先 （電話）			
申請者の区分	風しん予防接種の当日に松江市民（住民登録がある人）で、次の1から3のどれかに該当する人 <input type="checkbox"/> 1～3のどれかに☑し、必要に応じて氏名や続柄の欄を記載してください。 <input type="checkbox"/> 1 妊娠を希望する「風しん抗体価の低い女性」 <input type="checkbox"/> 2 妊娠を希望する風しん抗体価の低い女性（氏名：_____）の 「風しん抗体価の低い 配偶者または同居者（続柄_____）」 <input type="checkbox"/> 3 風しん抗体価の低い妊婦（氏名：_____）の 「風しん抗体価の低い 配偶者または同居者（続柄_____）」				
抗体検査の方法・ 抗体価（数値）	該当の検査方法に☑し、結果数値を（ ）に記入してください。 <input type="checkbox"/> HI法（ ） <input type="checkbox"/> EIA法（ ） <input type="checkbox"/> その他（ 法（ ）） ※主な抗体検査方法と対象となる数値 HI法：16倍以下、EIA法：8.0未満				
ワクチンの種類 （該当に☑）	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（MR）ワクチン <input type="checkbox"/> 風しん単独ワクチン		接種 年月日	年 月 日	
接種医療 機関名			接種料金	円	

（初診料・再診料等、接種以外の費用は、接種料金に含まれません。）

2 振込先（※申請者本人名義の口座）

金融機関名	銀行・信金 農協・信組		支店名	本店・支店 支所・出張所			
預金種別	1 普通 2 当座	口座番号 （右詰め）					
口座名義	（カタカナで記入）						

3 必要書類を添えて提出してください。

以下、市記入欄

受理日	抗体検査結果	添付書類	住基

助成金額	
------	--