

令和〇年5月10日

鯖江市長 殿

申請者(予防接種を受けた方)

申請者と被接種者は同一の方とします。

住所 鯖江市 **水落町2丁目30-1**

氏名 **健康花子** (自署)

電話番号 **0778-52-1138**

日中、連絡がとれる番号を書いてください。(携帯可)

鯖江市成人風しんワクチン接種費用助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり風しん予防接種費の助成を申請(請求)します。

なお、この申請に基づく助成の決定にあたり確認等が必要な場合には、市が住民基本台帳を閲覧し、接種した医療機関等に問い合わせることに同意します。

フリガナ	ケンコウ ハナコ	生年月日	昭和 平成 2年2月6日
被接種者氏名	健康花子		
住所	〒916-0022 (電話番号 0778-52-1138) 鯖江市 水落町2丁目30-1		抗体価検査の結果、陰性が陽性かを記入してください。 ※陰性=HI抗体価16倍以下もしくはEIA価8未満の場合
該当内容 (□にチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 今後妊娠を希望している女性 <input type="checkbox"/> 2 妊娠している女性の夫 (妊婦の氏名) <input type="checkbox"/> 3 妊婦に風しんの抗体がないと判断された同居の家族 (妊婦の氏名 _____ 続柄 _____、風しん抗体: _____)		
予防接種種類 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン (助成限度額 3,000円) <input checked="" type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)ワクチン (助成限度額 5,000円)		
接種医療機関名	あいあいクリニック	接種日	令和〇年5月7日
接種費	10,000 円	申請額(請求額) (この欄は記入しない)	円

振込先 金融機関名	さぼえ (銀行 信用金庫 農協)	けんこう (本店 支店 出張所)
預金種別	普通・当座	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
フリガナ	ケンコウ タロウ	
口座名義	健康太郎	誤記載があると、助成金が振り込めません。正確に記入してください。

- 必要書類
- 口座名義人は、申請者本人** (本人名・接種日・料金の記載があるもの)
 - 振込先の通帳の写し (申請者名義で振込口座の分かる部分の写し)
 - 母子健康手帳 (上記該当内容が2または3の人の場合)