

(第1号様式)

松戸市風しん含有ワクチン予防接種費用助成金支給申請書

申請日 年 月 日

(宛先) 松戸市長 下記の予防接種に要した費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

フリガナ		性別	生年月日	(和暦)
申請者氏名 (被接種者)		男・女	(年齢)	年 月 日 (歳)
住所 電話番号	〒 松戸市 Tel ()			
助成対象の 区分	※以下の該当する項目にチェックをしてください			
	・千葉県または千葉市、船橋市、柏市が実施する無料の風しん抗体検査の結果 <input type="checkbox"/> HI法で32倍未満 <input type="checkbox"/> EIA (IgG)法で8.0未満			
	・他都道府県並びに政令市及び中核市が実施する風しん抗体検査の結果 <input type="checkbox"/> HI法で32倍未満 <input type="checkbox"/> EIA (IgG)法で8.0未満			
・風しん第5期予防接種にかかる無料の風しん抗体検査の結果 <input type="checkbox"/> HI法で16倍 <input type="checkbox"/> EIA (IgG)法で6.0以上8.0未満				
・妊婦健診の抗体検査の結果 <input type="checkbox"/> 抗体価が低い				
<input type="checkbox"/> 1 妊娠を希望している女性				
<input type="checkbox"/> 2 妊娠を希望している女性又は抗体価の低い妊婦の同居者				
上記の2に該当する方は、妊娠を希望している女性又は妊婦について記入してください。				
フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日				
住所				
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 風しん単独ワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)ワクチン			
世帯状況 (該当者のみ)	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付受給世帯			
接種年月日	年 月 日	接種金額(税込)	円	
金融機関名	銀行・金庫 組合・農協			支店 出張所
	ゆうちょ銀行 の場合店番号			
預金種別	普通・当座	口座番号(7桁)		
フリガナ				
口座名義人				

※1 申請者と口座名義人が異なる場合、下記の欄の記入・押印が必要です
(受領の委任) 下記の受任者へ受領を委任します

委任者氏名	㊟	委任者住所	
受任者氏名		受任者住所	

同意書

私は、風しん含有ワクチン予防接種費用に係る助成金の支給決定に当たり、私及び配偶者(パートナー)の住民票、生活保護世帯の該当の有無を確認し、並びに予防接種の実施を確認できない場合は、医療機関に確認することを市職員が行うことに同意します。

(宛先) 松戸市長

署名