

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

綾部市長

様

申請者 住所

氏名

㊞

電話番号

綾部市風しん予防接種助成金交付申請書

風しん予防接種助成金の交付を受けたいので、綾部市風しん予防接種助成事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。

また、私及び私の世帯の課税状況等を閲覧することに同意します。

記

被 接 種 者	生年月日	年 月 日（ 歳）	
	対象者区分	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性で、抗体検査等により、抗体価の低いもの <input type="checkbox"/> 妊娠をしている女性（抗体価が低い者に限る。）の同居者で、抗体検査等により、抗体価の低いもの	
	世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 上記以外	
	過去の状況	<input type="checkbox"/> 風しんに罹患したことがある。 <input type="checkbox"/> 風しんの予防接種を2回受けたことがある。 <input type="checkbox"/> 上記に該当しない。	
接 種 を 受 け た 医 療 機 関 名 及 び 接 種 日	医療機関名		
	所在地		
	接種日	年 月 日	
接種を受けたワクチンの種類	<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（R）		
接種に要した費用	円		
添付資料	<input type="checkbox"/> 領収書（医療機関が発行したもの） <input type="checkbox"/> 予防接種を受けたことが分かる書類（領収書に記載があれば不要） <input type="checkbox"/> 母子手帳の写し（妊娠をしている女性の配偶者の場合） <input type="checkbox"/> 抗体検査結果 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
交付申請額	円		