


大切 修正印を使用する場合は、様式1・3で使用した印鑑と同じ印鑑で行ってください。

記入例

豊郷町風しん任意予防接種費用助成金交付申請書

↓ 空白で可
年 月 日

豊郷町長 様

申請者	住所	豊郷町 ○○123-5
	氏名	豊郷 花子 
	電話番号	(XXXX) XX-XXXX

接種した方の名前で統一して下さい。様式3号の申請者・口座名義人も必ず同じ名前をお願いします。
* 未成年の場合のみ「被接種者」と「請求者・振込先（口座名義人）」が異なってもよいとする。

被接種氏名	豊郷 花子	性別	男・女
被接種者生年月日	○年○月○日（27歳）	<input checked="" type="checkbox"/> 生活保護世帯に属する者	
被接種者住所	豊郷町 ○○123-5		
風しん抗体検査	検査日	検査実施機関	検査法
	○年○月○日	とよさとクリニック	<input type="checkbox"/> HI法 16倍以上 <input checked="" type="checkbox"/> EIA法 ①国際単位 30IU ②国際単位 34IU
風しん予防接種状況	接種日	接種医療機関	ワクチン
	×年×月×日	とよさとクリニック	<input checked="" type="checkbox"/> 風しん単独 <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合
予防接種の窓口支払い額			
(A) 円			
助成申請額	※(A)の額×0.7 生活保護世帯に属する場合は(A)×1.0または7,000円のいずれか少ない額をご記入ください。1円未満切捨てです。 2つとも空白で可 円		

該当するものに「○」をお願いします。母子健康手帳または医療機関等で確認して記入して下さい。

EIA法①の国際単位はシーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社、極東製薬工業株式会社、②の国際単位は、シスメックス・ピオメリュール株式会社、バックマン・コールター株式会社製の風しんIgG測定キットを使用した場合の判定基準とする。

添付書類

- 領収書（被接種者名、予防接種名、接種費用、接種日および医療機関名がわかるもの）
- 抗体検査結果書（風しん抗体価が低い状態にあること、被検査者名、検査名、検査日および医療機関名がわかるもの）

上記がそろっていればを入れて下さい。抗体検査結果書については、母子健康手帳のコピーも可（ただし、検査結果や検査日、医療機関名等の記入がしてあるものとする。なければ母子健康手帳に医療機関へ記入をお願いします）

豊郷町風しん任意予防接種費用助成金交付請求書

記入例

年 月 日

空白で可

豊郷町長 様

請求者(申請者) 豊郷 花子



様式1に記入した「申請者・被接種者」と同一の名前、印鑑をお願いします。
*未成年の場合のみ「被接種者」と「請求者・振込先(口座名義人)」が異なってもよいとする。

金 空白で可 円也

振込先

金融機関名	豊郷 銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
預金種別	普通 当座	座番号 1 2 3 4 5 6 7
フリガナ	とよさと はなこ	
口座名義人	豊郷 花子	

*振込先の口座名義人は、申請者と同一の方としてください。