

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

令和 ●年 ●月 ●日

豊郷町長 あて

訂正する場合は、訂正印および二重線をお願いします。また、訂正印は申請時の印鑑と同じものをお願いします。
修正液での修正や消せるボールペン等での記入は不可になります。

申請者	住所	豊郷町大字〇〇〇△△番地
	氏名	豊郷 花子 <small>(接種者が未成年の場合はその保護者等)</small>
	電話番号	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

豊郷町風しん任意予防接種費用助成金交付申請書
なお、この申請に基づく交付決定にあたり、
等に問い合わせることに同意します。

予防接種を受けられた方の名前で統一してください。
様式3号の申請者・口座名義人も上記の方で統一してください。
※未成年の場合のみ「申請者」と「請求者(申請者)」「口座名義人」は、保護者になります。

被接種者氏名	豊郷 花子		性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
被接種者生年月日	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日 (〇〇 歳)		<input type="checkbox"/> 生活保護世帯に属する者	
被接種者住所	豊郷町 大字〇〇〇△△番地			
風しん抗体検査	検査日	検査実施機関	検査結果	
	〇年 〇月 〇〇日	〇〇〇クリニック	<input type="checkbox"/> NI法 <input checked="" type="checkbox"/> EIA法 ①国際単位 ②国際単位	
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	△△医院	<input type="checkbox"/> 風しん <input checked="" type="checkbox"/> 麻しん風しん	
助成申請額	予防接種の窓口支払い額 (A) 円 ※(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、を入れてください。
母子健康手帳または医療機関等の結果を確認して記入してください。

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ください。抗体検査結果書については、母子健康手帳の写しでも可能です。(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てください)