様式第1号(第3条関係)

赤磐市風しん予防接種費用助成金支給申請書

年　　月　　日

赤　磐　市　長　　様

下記のとおり風しん予防接種費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。
なお、助成対象者であることを確認するため、赤磐市が住民基本台帳を閲覧することに同意します。
ⅠからⅢの枠内を記入してください。ⅠⅡについては当てはまるものに○をしてください。

Ⅰ

過去に当事業による助成金の支払を受けたことがある	**無・有**

※過去に当事業による助成金の支払を受けたことがある場合は、対象外となります。

Ⅱ

女　性	男　性	
①妊娠を希望している	②パートナーの女性が妊娠を希望している	③パートナーの女性が妊娠中である

Ⅲ

申請者	氏　名		電話番号	(　　) —
	住　所	(〒　—　)		
被接種者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名			
	住　所 ※申請者本人の場合は住所省略可	赤磐市		
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所・支所	
	預金種別	普通 ・ 当座	フリガナ 口座名義人	
	口座番号			←左詰で記入
申　請　金　額		金　　円		

注意：女性は接種日の属する年度の末日に満18歳以上50歳未満であること(令和4年4月1日に16歳以上18歳未満である方も助成対象となります。)。麻しん・風しん混合(MR)ワクチン接種の場合は助成金額の上限は7,000円、風しん単独ワクチンの場合は助成金額の上限は4,000円です。なお、ワクチン接種料金が上限金額未満の場合は、ワクチン接種料金と同額が助成金額となります。

※添付書類

①風しんの抗体価が分かるもの(抗体検査の結果を示す書類)
　※女性の場合、抗体価がHI法で32倍未満又は同程度とみなされること。
　※男性の場合、抗体価がHI法で16倍未満又は同程度とみなされることに加え、
　　パートナーの女性の抗体価がHI法で32倍未満又は同程度と分かる書類も添付すること。
②領収書(ただし以下の記載があるものに限る。)
　・ワクチン接種料金である旨の記載があること。
　・被接種者氏名が記載されていること。
　・接種日及び領収日が記載されていること。

赤磐市処理欄　　※こちらには記入しないでください。

受領年月日	抗体価確認	有　・　無	助成金支給履歴	有　・　無
	領収書確認	有　・　無		
	審査結果	承認・不承認	決定金額	円
	確認者			