

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。I II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	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 額					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			