

六戸町風しん抗体検査及び予防接種費用助成申請書

六戸町長 殿

風しん（抗体検査・予防接種）費用助成の交付を下記のとおり申請します。なお、本申請の内容について、町が保有する個人情報を閲覧・調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

申請者 (抗体検査を受けた者及びワ クチン被接種者)	住所	六戸町				
	フリガナ	TEL		—	—	
氏名	フリガナ	男 ・ 女	生年 月日	年	月 日	
該当内容(該当する番号に○) ※20歳以上50歳未満である こと	1. 妊娠を予定又は希望している女性 2. 1の女性の配偶者及び同居の家族 3. 妊娠中の女性の配偶者及び同居家族 (妊婦氏名)					
抗体検査にかかった費用 抗体検査結果 (○をする)	結果	円	助成金額	円※		
	H I 検査	倍 (16倍以下予防接種助成)	※町で記入 します。	上限 6,750 円		
	E I A 法	(8.0未満予防接種助成)				
予防接種にかかった費用	(麻しん風しん混合・風しん単抗原)	円	助成金額	円※		
			※町で記入 します。	上限 MR 10,000 円 風しん単独 5,200 円		
振込先	銀行 農協 信用金庫			本店・支店		
	信用組合 労働金庫			出張所		
	預金種別	普通・種別	口座番号			
	フリガナ					
	口座人名義					

口座人名義と申請者が異なる場合は、次の委任状に記入・押印をお願いします。

私は上記口座人名義人に風しん抗体検査及びワクチン接種費用助成金の受け取りを委任します。

年 月 日

申請者

印

添付書類

- 領収書原本 (抗体検査・ワクチン接種)
(次の内容が確認できる領収書であること)
検査及びワクチン接種の金額、助成対象者の氏名、検査日及び接種年月日、医療機関の名称(医療機関の押印必要)、接種したワクチンの種類
領収書で確認できない場合は診療明細書等、確認できる書類を追加して添付してください。
- 風しん抗体検査の結果がわかるもの(抗体検査結果票など)
- 該当内容3の方は母子健康手帳の「母・父名の記載のある欄」(表紙又は1ページ目)の写しと、妊婦の風しん抗体検査の結果がわかるもの(抗体検査結果票など)