様式第1号（第５条関係）

吉見町成人の風しん予防接種助成金交付申請書兼請求書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（宛先）吉見町長

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所

　　　　氏　　名　　　　　　 　　　　　 ㊞

電話番号

吉見町成人の風しん予防接種助成事業実施要綱第５条の規定により、助成金の交付を申請、請求します。

　なお、申請内容について、吉見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。

◆接種状況について

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種を  受けた人 | 氏 名 | | | | | 生年月日 | |
|  | | | | | 年 　　月 　　日 | |
| 住所　吉見町（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 風しん抗体  検査年月日 | 年　 月 　日 | | 抗体価【HI抗体価　　　倍（EIA法　　 　　）】 | | | | |
| 接種年月日 | 年　 月　 日 | | 医療機関名（　　　　　　　　　　　　 　　　　） | | | | |
| 接種ワクチン | □ 麻しん風しん混合ワクチン  □ 風しん単抗原ワクチン | | | 申請(請求)金額  ※助成額に満たない場合は実支出額 | | | 円 |
| 対象者区分  ※該当する区分の□にチェックする。 | □ | 16歳から49歳の妊娠を希望している女性 | | | | | |
| □ | 16歳から49歳の妊娠を希望している女性の配偶者（事実婚含む。） | | | | | |
| □ | 抗体価が低いと判明した妊婦の配偶者（事実婚含む。）又は同居の親族 | | | | | |
| 妊娠を希望している女性又は妊婦の氏名等  ※予防接種を受けた本人の場合は、省略できる。  ※抗体価については、妊婦健診等の結果を記入する。 | | 住　所 | |  | | |
| 氏　名 | |  | | |
| 生年月日 | | 年　 　月 　　日（満 　歳） | | |
| 抗体価【HI抗体価　　　倍（EIA法　　　 　）】 | | | | |

◆振込先について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込口座  (本人名義) | 金融機関名 | 銀行・農協  金庫・組合 | | 本 店  ･支 店 |
| 預金の種類 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義人 |  | | |

添付書類

□①風しん抗体検査結果通知（埼玉県風しん抗体検査・医療機関で有料実施・妊婦健康診査 等）

□②風しん予防接種の領収書及び明細書か接種済証（氏名、ﾜｸﾁﾝ名、接種日、医療機関名の確認）

□③母子健康手帳（妊婦又は妊婦との関係、妊婦の検査履歴の確認）

□④振込先口座が確認できるもの

□⑤生活保護世帯の方は受給者証

※原本で確認を行い必要なものについては、その写しを提出とします。