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。