

風しんワクチン及び麻しん風しん混合ワクチン接種費助成交付金（受領委任払）申請書

年 月 日

島田市長（受託医療機関経由）

次のとおり風しんワクチン及び麻しん・風しん混合ワクチン予防接種費助成金の交付を申請します。なお、助成金の受領を下記の受託医療機関に委任します。

【申請者記入欄】

申請者 予防接種を 受けた者	住 所	*必ず接種日現在の住民票の住所地を記載すること（免許証等で住所確認） 島田市		
	(フリガナ) 氏名・生年月日	(S・H 年 月 日生)		
	電話番号	( ) -		
(フリガナ) 保護者氏名（未成年の場合記入）				
風しんの罹患歴		無 ・ 有（有の場合は助成対象外）		
風しん抗体価検査		無 ・ 有（HI： ・ EIA： ・ CLEIA： ） （無の場合とHI抗体価17、EIA価8、CLEIA価4以上は助成対象外）		
対象者区分 （該当に○）	1 妊娠を希望する女性 2 妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者 3 妊婦の配偶者などの同居者 2の場合は記入（妊娠を希望する女性の氏名 _____） 3の場合は記入（妊婦氏名 _____：出産予定日 平成 ____年 ____月 ____日）			
予防接種	接種年月日	接種区分	助成申請額	
1. 風しんワクチン 2. 麻しん・風しん 混合ワクチン	年 月 日	1回	1. 風しんワクチン 4,000円 2. 麻しん・風しん混合ワクチン 5,000円 3. 生活保護世帯 ( _____ 円)	

(注)

- 1 接種費用の額と助成申請額との差額を医療機関へお支払いください。
- 2 生活保護世帯の場合は、助成額が接種費用の全額（無料で接種）となります。この場合、生活保護休日夜間等受診証の写しを医療機関へ提出（添付）してください。
- 3 島田市風しんワクチン及び麻しん風しん混合ワクチン接種費助成金交付要領の規定により助成を受けたことがないこと。

【指定医療機関記入欄】

受 任 者	接種年月日	年 月 日	
	使用ワクチン	ワクチン名 LotNo	接種量（皮下接種） 0.5ml
	住所		
	医療機関名		
	代表者名	(印)	