様式第３号（第13条関係）

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申請書兼請求書

島 田 市 長　　年　　月　　日

住　　所

申請者　氏　　名

電 話 番 号

風しんワクチン及び麻しん・風しん混合ワクチン接種に係る助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

フリガナ 被接種者氏名・生年月日	Ｓ・Ｈ　年　月　日		
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14以上は助成対象外)		
風しん罹患歴	無・有（有りの場合は対象外）		
配偶者などの 同居者の場合	妊婦または妊娠を希望する女性の氏名（　　） 妊婦の場合は出産予定日（　年　月　日）		
接種ワクチン	・風しん ・麻しん風しん混合	接種日	年　月　日
交付申請額	円		
口座振込先 金融機関名	銀行 金庫 組合	本店 支店	
口座種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

委　任　状

私は、次の者を代理人と定め、風しんワクチン及び麻しん・風しん混合ワクチン接種助成金受領の権限を委任します。

代理人　住　所

氏　名　　㊞　（被接種者との続柄：　　）

申請者　氏　名　　㊞

＊　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者であること。

（注）　次の書類を添付してください。

1　領収書（風しんワクチン及び麻しん・風しん混合ワクチンの接種を受けたことが分かる領収書）の写し、または接種済証の写し（生活保護世帯は領収書に限る）

2　事前に実施した風しん抗体価検査の結果のわかるものの写し

3　同居している妊婦の母子健康手帳の写し（妊娠している女性の同居する者のみ必要）

4　運転免許証、旅券、健康保険証その他の申請者が本人であることを確認できる書類の写し

5　生活保護世帯の場合は、生活保護休日夜間等受診証など生活保護を証明できるものの写し