

年 月 日

下妻市長 様

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____ 印
 電 話 _____

先天性風しん症候群予防対策ワクチン接種費用助成金交付申請書

先天性風しん症候群予防対策ワクチン接種費用助成金の交付を受けたいので、下妻市先天性風しん症候群予防対策ワクチン接種費用助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

対 象 者	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日（接種日当日 歳）		
	区 分	1 妊娠を予定し、又は希望している女性 2 妊娠している女性の夫（事実上の夫、婚約者等を含む。） 3 風しん抗体検査で抗体価が低く、区分1．2に該当する者		
ワクチン	種 類	1 風しんワクチン 2 麻しん風しん（MR）混合ワクチン		
	接種医療機関名			
	接種年月日	年 月 日		
	抗体検査結果	・ HI 法 16 倍以下 ・ EIA 法 8.0 未満 ・ その他（ ）		
	接種費用	円	*助成金額	円
振込口座	金融機関名	銀行 ・ 金庫 ・ 組合 ・ 農協		
		本店 ・ 支店		
	口座番号			
	口座種別	1 普通 ・ 2 当座		
	フリガナ			
	口座名義			

備考

- 1 ワクチンの接種費用を支払ったことを証する書類（領収書等）、風しん抗体検査の検査結果書等を添付してください。
- 2 該当する箇所を丸で囲み、必要事項を記入してください。
- 3 *欄は、記入しないでください。