様式第１号（第６条関係）

宇美町風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年　　　月　　　日

宇美町長　様

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　次のとおり風しん予防接種費用助成金の交付を申請します。

　また、助成申請にあたり、交付決定のために必要な個人情報を閲覧することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種対象者 | フリガナ  氏　名 | 男・女 | | | | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 住　所 | ※申請者と同一の場合は記入不要 | | | | | | 申請者との  関係 |  |
| 対象となる理由（いずれかに〇）  ※風しん抗体価が低いことが条件です | | |  | | 妊娠を希望する女性 | | | | |
|  | | （妊婦・妊娠を希望する女性）の夫またはパートナー | | | | |
|  | | （妊婦・妊娠を希望する女性）の同居人 | | | | |
| 予防接種を受けた日 | | | 年　　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | |
| 予防接種を受けた医療機関名 | | |  | | | | | | |
| ワクチン名（いずれかに〇） | | |  | | 麻しん風しん混合（ＭＲ）ワクチン | | | | |
|  | | 風しん単独ワクチン | | | | |
| 医療機関に支払った金額 | | | 円 | | | | | | |
| 申請（請求）金額 | | | 円 | | | | | | |
| 振　込　先 | 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　　　　　　本店  金庫　　　　　　　　　　　　　　　支店  農協　　　　　　　　　　　　　　　出張所 | | | | | | | |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | | 口座番号 | |  | | | |
| フリガナ  口座名義人 |  | | | | | | | |

口座名が接種対象者でない場合は、下記の欄に記入して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 委任欄 | 支払金の受領を【　　　　　　　　　　　　　　　　（口座名義人を記入）】に委任します。  年　　　月　　　日　　委任を依頼した方の氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

申請にあたって

　１　風しん抗体価が低いとは、ＨＩ法又はＥＩＡ法など宇美町風しん予防接種費用助成金交付要綱第2条別表第１欄に定める方法ごとに第2欄に定める抗体価未満であるものをいいます。

２　振込先の口座名義人は、申請者または接種対象者と同一としてください。異なる場合は、委任状が必要です。

　３　申請書に次の書類を添付して提出してください。

　　・予防接種実施医療機関の領収書（接種対象者の氏名、料金、医療機関名等が記載されたもの）

　　・予防接種済証の写し（接種対象者の氏名、接種日、ワクチン名、医療機関名等が記載されたもの）

　　・風しん抗体検査の結果が確認できるもの。ただし、妊婦の夫またはパートナーまたは同居人が接種した場合は、母子健康手帳の写し

　４　申請額（助成金額）は、接種費用又は助成上限額（5,000円）のいずれか低い額となります。