様式第2号（第8条関係）

**風しんワクチン等任意予防接種費用助成申請書兼請求書**

　　年　　月　　日

八頭町長　　　　　　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| （申請者） |  |
| 住　　所 | 八頭町 |
| 氏　　名 | 印 |
| 電話番号 | 　　　　　 |

　下記のとおり、風しんワクチン予防接種又は麻しん風しん混合ワクチン予防接種を受けましたので、助成の交付を領収書を添えて申請します。なお、町が保有する個人情報を閲覧することに同意します。

**請求額　　　　　　　　　円**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 接種実施日 | 年　　月　　日 | 接種実施機関名 |  |
| 接種ワクチン名 | * 風しんワクチン
 | * 麻しん風しん混合ワクチン
 |
| 接種金額 | 　　　　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 申 請 額 | 　　※　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円  |
| ※風しんワクチン上限7,220円、麻しん風しん混合ワクチン上限10,320円と接種金額のどちらか低い方の額とする。 |
| 被接種者氏名 | 氏　　名 |  | 対象要件該当項目 | ①妊娠を希望する女性のうち風しん抗体価の低い方②妊婦の夫（内縁含む）③妊婦の同居者④妊娠を希望する女性　の同居者のうち風しん抗体価の低い方 |
| 生年月日年齢 | 　　　　年　　月　　日（　　歳） |

※助成金の振り込みは、町に登録のある口座に行います。町へ口座登録のない方は手続きをお願いします。

※全対象者：医療機関で発行された領収書原本（予防接種名が記載されたもの）。対象要件①④：風しん抗体価検査結果通知書または抗体価が低いことの確認ができる書類。対象要件②③：免許証等住所が確認できるもの、母子健康手帳の保護者の欄及び分娩予定日の欄の写しを添付のこと。