様式第1号（第6条関係）

**風しんワクチン等任意予防接種費用代理受領委任払**

**及び助成申請書兼助成券**

令和　　年　　月　　日

八頭町長　　　様

八頭町風しんワクチン等任意予防接種費用の助成を申請します。

また、八頭町風しんワクチン又は麻しん風しん混合ワクチン接種における費用助成金の請求及び代理受領の委任の適用を受けたいので、八頭町風しんワクチン等任意予防接種費用助成実施要綱第６条第１項の規定によりあわせて申請します。

　なお、町が保有する個人情報を閲覧すること、申請内容を医療機関へ照会について同意します。

風しんワクチン等の接種を受ける際、必要事項を記入押印し、本書を医療機関に提出してください。

申請者（被接種者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和８年３月３１日まで

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住　所 |  | 性別 | 男　・　女 |
| フリガナ |  | 生年月日・年齢 | 年 　　月 　　日 |
| 氏　名 |  | ㊞ |
| 電話番号 | 　　　　　　 |  | 　　 （　　　　）歳 |
| 対象要件該当項目 | 下記のうち、当てはまるものに☑を付けてください。□　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（内縁を含む）
* 3　妊婦の同居者
* 4　妊娠を希望する女性（風しん抗体価の低い方に限る。）の同居者であって、

風しん抗体価が低い方 |
| 確認添付書類 | ・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もの　※対象要件1,4･母子健康手帳（保護者の欄及び分娩予定日の欄）の写し、免許証等住所が確認できるもの　※対象要件2,3 |

|  |
| --- |
| （以下、医療機関記入欄） |
| 診察の結果、上記被接種者に風しんワクチン又は麻しん風しん混合ワクチンの接種を行いました。また、上記の助成申請書兼助成券の請求及び受領の権限を受任することに同意します。 |
| 接種年月日 | 　　　　年　 　月　 　日 | ワクチンの種類 及び助成金額 | * 風しんワクチン　　　　　　７，２２０円
 |
| * 麻しん風しん混合ワクチン１０，３２０円
 |
| 　　　　　　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |