

様式第1号（第4条関係）

本庄市大人の風しん予防接種費助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）本庄市長

申請者 住 所
 （被接種者）氏 名
 電話番号

私は、ほかに本庄市の風しんの助成を受けていませんので、次のとおり本庄市大人の風しん予防接種費助成金の交付を申請します。

なお、この申請に基づく助成金の交付決定にあたり、市が保有する個人情報を閲覧・調査すること、及び医療機関に問い合わせることに同意します。

下のいずれかに○をしてください。

A	接種日において妊娠を希望している女性【16歳以上50歳未満】
B	接種日において妊娠を希望している女性【16歳以上50歳未満】の同居者
C	接種日において妊娠している女性の同居者

風しん抗体検査方法	・H I 法 ・E I A 法	抗体価 *数値を記入	
-----------	--------------------	---------------	--

申請内容

被接種者	住 所	本庄市		
	フリガナ		性別	男・女
	氏 名			
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
妊 婦 氏 名	(B又はCの方は記入してください)			
接種医療機関名				
予防接種年月日	年 月 日			
接種ワクチン	1. 風しん単独ワクチン 2. 麻しん風しん混合ワクチン			
接 種 費 用	円	申 請 金 額	円	
添付書類	<ul style="list-style-type: none"> ・風しん抗体検査結果がわかる書類 ・被接種者氏名、接種年月日、接種ワクチン名及び接種費用を確認できる領収書 ・記入済みの母子手帳（父母・予定日欄）の写し（第2条第1項第3号の対象者） ・生活保護受給者証の写しまたは、中国残留邦人等支授受給者本人確認証（生活保護者等） 			