

様式第3号（第10条関係）

麻しん風しん混合ワクチン等接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

忠 岡 町 長 様

麻しん風しん混合ワクチン等接種費用助成事業実施要綱第9条の規定により、下記のとおり助成金の交付について申請いたします。

申請者	フリガナ 氏名	[被接種者（接種者が未成年の場合は保護者）] Ⓜ (続柄)			
	生年月日	年 月 日 (歳)	電話番号		
	住所	泉北郡忠岡町			
接種者が未成年の場合	フリガナ 接種者氏名				
	生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女	
	住所	泉北郡忠岡町			
対象要件 あてはまるものに○と 必要事項を記載して ください。	① 妊娠を希望する女性 ② 妊娠を希望する女性の配偶者 ③ 妊婦の配偶者 ④ 妊娠を希望する女性の同居者 ⑤ 妊婦の同居者	②～⑤の方は 妊娠を希望する女性又は妊婦の 氏名・生年月日・その方との続柄を記載。			
		妊婦等 氏名			
		妊婦等 生年月日	年 月 日		
		続柄			
接 種 日	年 月 日				
ワクチンの種類（該当する方に○）	() 麻しん風しん混合ワクチン () 風しん単独ワクチン				
接種医療機関名及び所在地					
負担した接種料 ①					
町の要綱に定める助成額 ②	7, 0 0 0 円				
請 求 額 ①が②を下回る場合は①の額 ①が②を上回る場合は②の額					

確認事項チェック欄（確認後☑）

過去5年間の抗体検査の結果（下記いずれかに抗体価を記載）

検査実施時期（ 年 月 日）実施機関名（)

HI 価（ 倍）EIA-IgG 価（) その他（) ※助成対象抗体価基準：要確認

麻しん風しん混合ワクチンまたは風しん単独ワクチン接種にかかる実施医療機関の領収書
(予防接種分の金額が明記されているもの)

町住民であること

予防接種の助成対象者であること

過去に当該助成事業を利用していないこと

確認者サイン（)

口座振込依頼書

年 月 日

忠岡町長様

(請求者)

住所	泉北郡忠岡町
氏名	Ⓜ
電話	

麻しん風しん混合ワクチン等接種費用助成金は下記口座に振り込んでいただくよう依頼します。

振込先金融機関名	銀行・信用金庫・信組・信連 農協・その他 ()
支店名	支店 ・ 本店
口座種別	1. 普通 2. 当座 3. その他 ()
口座番号	
口座名義	フリガナ