別記
第１号様式（第５条関係）

富津市風しんワクチン等予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

富津市長　　様

私は、風しん抗体検査を受けた結果、抗体価が低く、予防接種が必要と判断されて予防接種を受けましたので、富津市風しんワクチン等予防接種費用助成事業実施要綱に基づく助成金を下記のとおり請求します。

また、助成対象者であることの確認のため、市職員が住民基本台帳を確認することに同意します。

予防接種者署名欄＿＿＿＿＿＿＿＿

記

※太枠内を記入してください。

※□が記載されている項目は、該当するものにレ印を付けてください。

１　予防接種を受けた者に関する事項

□ 予防接種を受けた日に富津市に住民票を有していた。
□ 千葉県、千葉市、船橋市、柏市の実施する風しん抗体検査を受けた。
□ 妊娠を希望する女性である。｛ □ 第一子 / □ 第一子以外 ｝
□ 妊娠を希望し、又は妊娠している女性のパートナーである。

※パートナーとは、配偶者、届出をしないが事実上婚姻関係と同様の事情にある方又はこれらの方に準じる方をいいます。

氏名	（フリガナ） 印　（男・女） ※朱肉を使用する印鑑で押印してください。	生年月日	年　月　日 満　歳
		電話番号	
住所	（予防接種時） 富津市	（現住所）※予防接種時と異なる場合のみ記入	
ワクチンの種類	□風しんワクチン　□麻しん風しん混合ワクチン（ＭＲ）		
予防接種の費用	円		
実施医療機関名		所在地	接種日　年　月　日
振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店・支店名	支店 出張所 支所
振込先 口座種別	普通・当座	口座番号	
振込先 口座名義人氏名	（フリガナ）		

２　申請者に関する事項（※予防接種を受けた者と申請者が異なる場合のみ記入してください。）

氏名	印		
住所		電話番号	

３　添付書類

□「千葉県等が実施する検査」を受けた方	□左記以外の風しん抗体検査を受けた方
□領収書の原本、支払を証する書類として市長が認めるもの □「千葉県等が実施する検査」の結果が記載された書類	□領収書の原本、支払を証する書類として市長が認めるもの □母子健康手帳

【市担当課記入欄】※以下は記入しないでください。

申請番号		確認者印
	□風しん単独　3,500円 □麻しん風しん混合　5,000円	