

風しん抗体検査及び風しんワクチン予防接種助成事業申請書兼請求書

令和 年 月 日

北 塩 原 村 長 様

申請者・請求者（本人もしくはその保護者）

住所：

\*スタンプ式は不可

氏名：

印

実施者との続柄：

連絡先(日中連絡可能な電話番号)：

（ 風しん抗体検査 ・ 風しんワクチン予防接種 ） 費用助成金を交付されるよう申請(請求) します。なお、受領する助成金は下記口座へ振込みください。

助成対象区分	1. 妊娠を予定または希望する女性 2. 妊娠を予定または希望する女性の夫 <small>*いずれかを○で囲む</small>		
本人氏名(実施者)			
生年月日	S・H 年 月 日 (満 歳)		
抗体検査日	令和 年 月 日	検査結果	抗体価が十分 抗体価が不十分 <small>*いずれかを○で囲む</small>
検査をしていない場合の理由→	過去の抗体検査で抗体価が不十分だと判明しているため その他 ( ) <small>*いずれかを○で囲む</small>		
接種日	令和 年 月 日 <small>*抗体価が十分な場合は助成がないので記入しないこと</small>		
予防接種のワクチン名	風しん単体ワクチン 麻しん風しん混合ワクチン (MR) <small>*いずれかを○で囲む</small>		
検査・接種医療機関	名 称		
	所 在 地		
医療機関に支払った金額	抗体検査 円	風しんワクチン予防接種 円	
助成金請求額	円 ※抗体検査 6,750 円上限 ※予防接種 接種費用の 9 割上限		
金融機関振込先 ※振込先の口座名義は請求者本人のものに限ります。			
金融機関名	銀行・金庫 支店		
口座番号	普通 当座	<small>*いずれかを○で囲む</small> 口座番号：	
ふりがな			
名義人(本人のみ)			

\*申請者・請求者は実施者本人もしくはその保護者となります。

\*添付書類：医療機関発行の領収書（氏名・生年月日・検査やワクチン名・支払金額・医療機関がわかるもの）

・領収書で明白でない場合は、診療明細や予診票写しを添付

・請求者本人の通帳の写し（金融機関・支店名・口座名義人・口座番号の分かる部分）

【以下は記入しないでください。】

審 査	給付決定額	抗体検査	円	給付決定年月日 年 月 日
		ワクチン接種	円	
		合計	円	
課 長	係 長	係 員		受 付 者

(記入例)

様式 1

風しん抗体検査及び風しんワクチン予防接種助成事業申請書兼請求書

令和 年 月 日

北塩原村長様

申請者・請求者（本人もしくはその保護者）

住所：北塩原村大字〇〇字〇〇〇〇

\*スタンプ式は不可

氏名：北塩原 花子 印

実施者との続柄：本人

連絡先(日中連絡可能な電話番号)：

必ず押印してください。

助成を受けたい項目に○をつけてください。

( 風しん抗体検査・風しんワクチン予防接種 ) 費用助成金を交付されるよう申請(請求)します。なお、受領する助成金は下記口座へ振込みください。

助成対象区分	① 妊娠を予定または希望する女性 ② 妊娠を予定または希望する女性の夫		<small>*いずれかを○で囲む</small>
本人氏名(実施者)	<u>北塩原 花子</u>		
生年月日	S (H) <u>〇</u> 年 <u>〇</u> 月 <u>〇〇</u> 日 (満 <u>〇〇</u> 歳)		
抗体検査日	<u>令和〇年 〇月〇〇 日</u>	検査結果	抗体価が十分 <u>抗体価が不十分</u>
検査をしていない場合の理由→	過去の抗体検査で抗体価が不十分だと判明しているため <small>*いずれかを○で囲む</small> その他 ( )		
接種日	<u>令和 〇 年 〇月 〇日</u> <small>*抗体価が十分な場合は助成がないので記入しないこと</small>		
予防接種のワクチン名	<u>風しん単体ワクチン</u> <u>麻疹風しん混合ワクチン (MR)</u> <small>*いずれかを○で囲む</small>		
検査・接種医療機関	名称	<u>〇〇病院</u>	
	所在地	<u>〇〇〇市〇〇〇</u>	
医療機関に支払った金額	抗体検査	風しんワクチン予防接種	円 <u>10,000</u> 円
助成金請求額	<u>9,000</u> 円		<small>※抗体検査 6,700 円上限 ※予防接種 接種費用の 9 割上限</small>
金融機関振込先 <small>※振込先の口座名義は請求者本人のものに限ります。</small>			
金融機関名	<u>〇〇</u> 銀行・金庫 <u>〇〇</u> 支店		
口座番号	<u>普通</u> 当座 <small>*いずれかを○で囲む</small>	口座番号： <u>〇〇〇〇</u>	
ふりがな	<u>きたしおばら はなこ</u>		
名義人(本人のみ)	<u>北塩原 花子</u>		

領収書又は明細書にワクチンの名の記載があるか確認してください。

抗体検査(上限全額)+予防接種(9割)を足した金額を記入します。記入が難しい場合は空欄で提出してください。

\*申請者・請求者は実施者本人もしくはその保護者となります。

\*添付書類：医療機関発行の領収書(氏名・生年月日・検査やワクチン名・支払金額・医療機関)・領収書で明白でない場合は、診療明細や予診票写しを添付  
・請求者本人の通帳の写し(金融機関・支店名・口座名義人・口座番号の分かる部分)

【以下は記入しないでください。】

審査	給付決定額	抗体検査	円	給付決定年月日	
		ワクチン接種	円		年 月 日
		合計	円		
課長	係長	係員		受付者	