

（宛先）焼津市長

住 所
氏 名
電 話 番 号 （ ） —

次のとおり焼津市任意予防接種費用助成金の交付を申請します。

申請者（被接種者）	住 所	接種日現在における住民票の住所地 ※上記と異なる場合は記載すること。	
	(フリガナ) 氏 名	⑩ ※被接種者が未成年者であるときは、親権者と被接種者を記載	
	生年月日	年 月 日 (歳)	
	電話番号	() —	
助成対象者区分	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性		
	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の同居者（妊娠を希望する女性との続柄 ） <input type="checkbox"/> 妊婦の同居者（妊婦との続柄 ）		
	同居の女性・妊婦の確認欄	※予防接種を希望する者と同居していること。 氏 名 生年月日 年 月 日 (歳)	
抗体検査判定結果	検査年月日	検査結果	
	年 月 日	<input type="checkbox"/> HI 法 16 倍以下 <input type="checkbox"/> EIA 法 8.0 未満 <input type="checkbox"/> CLEIA 法 14.0 未満 <input type="checkbox"/> その他（検査法： 抗体価： ）	
ワクチンの種別	接種年月日	接種費用	限度額
<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン	年 月 日	<input type="checkbox"/> (円) 麻しん風しん混合	5,000 円
		<input type="checkbox"/> (円) 風しん	4,000 円
<input type="checkbox"/> 風しんワクチン		<input type="checkbox"/> (円) 生活保護世帯	なし
助成金申請額	円		

※は、該当するところにレ点を付してください。助成金申請額は、接種費用と限度額を比較し少ない金額になります。

【振込先口座】

銀行・信用金庫・農協・()	支店	口座種別	普通・当座 その他 ()
口座番号	(フリガナ) 口座名義人		

(注)

- この申請書には、次に掲げる書類を添付してください。
 - 医療機関が発行した接種費用の領収書
 - 予防接種済証、予診票（被接種者控え）その他接種をした医療機関が予防接種の種類及び接種日を記録した書類で被接種者が分かるもの又はその写し
 - 風しん抗体検査の実施結果が分かる書類又はその写し
 - 生活保護世帯に属している者である場合は、生活保護受給証明書又はその写し
- 助成金の申請をすることができる期間は、接種を受けた日から1年間です。