様式第1号（第9条関係）

風しん予防接種費用助成申請書兼請求書

 　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　産山村長　市原　正文　様

　　風しん予防接種費用の助成を以下のとおり申請します。

　　なお、助成金につきては、下記の口座に振り込んでください。

 申請者　　　　〒　　　－

住 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏 名 　　　　 ㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

◆接種状況について

|  |  |
| --- | --- |
| 予防接種を受けた理由 | □　熊本県風しん抗体検査事業において、予防接種が必要と判断された□　過去の風しん抗体検査（妊婦健診など）において、ＨＩ抗体価が16倍以下相当で、妊娠を希望する女性 |
| 接種日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| 接種ワクチン | □　麻しん風しんワクチン（ＭＲワクチン）□　風しんワクチン |
| 接種医療機関 | 　　　　　　　　　　　 |
| 接種費用 | 　　　　　　　　　　　　　円 |

◆振込先について

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込口座 | 金融機関名 |  | 銀行・農協信用金庫信用組合 |  | 本店支店・支所出張所 |
| 口座種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

※この振り込み先個人情報は、助成金振り込みの為に記載をお願いするものです。

＜添付資料＞

（１）予防接種を受けた領収書

（２）熊本県風しん抗体検査事業の風しん抗体検査結果通知書の写し、若しくは、過去の風しん抗体検査（妊婦健診など）において、ＨＩ抗体価が16倍以下相当だったことを証明する書類の写し