

(様式第1号)

風しん予防接種費用助成申請書

(あて先) 八代市長

令和 年 月 日

八代市風しん予防接種費用助成事業に基づく風しん予防接種を受けましたので、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、助成金については、下記の口座に振り込んでください。

風しん予防接種費用助成対象者 当てはまる項目に☑をお願いします。

- ☐ 熊本県が実施する「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者
- ☐ 妊娠を希望する女性とその配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあるものを含む)などの同居者(生活空間を同一にする頻度が高い者)で、過去の風しん抗体検査において、風しんの抗体価が低かった(HI 抗体価が16倍以下相当)者
- ☐ 風しんの抗体価が低い妊娠している女性の配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあるものを含む)などの同居者(生活空間を同一にする頻度が高い者)で、過去の風しん抗体検査において、風しんの抗体価が低かった(HI 抗体価が16倍以下相当)者

ただし、定期接種対象の方、風しん抗体検査受検後に風しんの予防接種を受けた方、風しんの確定診断を受けたことがある方及び過去に風しん予防接種費用助成を受けたことがある方は対象となりません。

申請者名	T・S・H 年 月 日生 歳	
住 所	〒 ー 八代市	
電話番号	自宅 ー ー 携帯電話 ー ー	
接種ワクチン	☐ 麻しん風しん混合(MR)ワクチン ☐ 風しんワクチン	接種日 令和 年 月 日
接種医療機関	接種費用	円 ※領収金額と同額
申請金額	円 ※接種費用と6,000円のどちらか少ない額	
申請金額合計	円 ※金額訂正不可	

※同一世帯で他に被接種者がいる場合は、裏面に接種状況を記入してください。

◆振込先 ※申請者と口座名義人は同一

金融機関名				支店名		預金種別	
銀行・農協 信用金庫・信用組合				本店・支店 支所・出張所		普通・当座	
口座 番号						フリガナ	
						口座名義人	

<添付資料> (1)風しんの抗体価が低いことを示す書類

※風しんの抗体価が低い妊娠している女性の配偶者などの同居者は、妊娠している女性分も必要

(2)予防接種を受けた領収書(原本)

(3)予防接種を受けた時の予診票

八代市記入欄

	申請者	1	2	3	4
八()-					
住民コード					
過去の助成	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
相手方番号					

☐ 添付書類

・抗体価が低いことを示す書類

・予防接種の領収書(原本)

・予診票又は風しん予防接種証明書(様式第2号)

☐ 健康管理システム登録

◆接種状況 ※同一世帯で申請者以外に被接種者がいる場合は、接種状況を記入してください。

1. 被接種者名	T・S・H 年 月 日生 歳			
予防接種を受けた理由	☐ 熊本県が実施する「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者 ☐ 妊娠を希望する女性とその配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあるものを含む)などの同居者(生活空間を同一にする頻度が高い者)で、過去の風しん抗体検査において、風しんの抗体価が低かった(HI 抗体価が16倍以下相当)者 ☐ 風しんの抗体価が低い妊娠している女性の配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあるものを含む)などの同居者(生活空間を同一にする頻度が高い者)で、過去の風しん抗体検査において、風しんの抗体価が低かった(HI 抗体価が16倍以下相当)者			
接種ワクチン	☐ 麻しん風しん混合(MR)ワクチン ☐ 風しんワクチン	接種日	令和 年 月 日	
接種医療機関		接種費用	円※領収金額と同額	
申請金額	円 ※接種費用と 6,000 円のどちらか少ない額			

2. 被接種者名	T・S・H 年 月 日生 歳			
予防接種を受けた理由	☐ 熊本県が実施する「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者 ☐ 妊娠を希望する女性とその配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあるものを含む)などの同居者(生活空間を同一にする頻度が高い者)で、過去の風しん抗体検査において、風しんの抗体価が低かった(HI 抗体価が16倍以下相当)者 ☐ 風しんの抗体価が低い妊娠している女性の配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあるものを含む)などの同居者(生活空間を同一にする頻度が高い者)で、過去の風しん抗体検査において、風しんの抗体価が低かった(HI 抗体価が16倍以下相当)者			
接種ワクチン	☐ 麻しん風しん混合(MR)ワクチン ☐ 風しんワクチン	接種日	令和 年 月 日	
接種医療機関		接種費用	円※領収金額と同額	
申請金額	円 ※接種費用と 6,000 円のどちらか少ない額			

3. 被接種者名	T・S・H 年 月 日生 歳			
予防接種を受けた理由	☐ 熊本県が実施する「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者 ☐ 妊娠を希望する女性とその配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあるものを含む)などの同居者(生活空間を同一にする頻度が高い者)で、過去の風しん抗体検査において、風しんの抗体価が低かった(HI 抗体価が16倍以下相当)者 ☐ 風しんの抗体価が低い妊娠している女性の配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあるものを含む)などの同居者(生活空間を同一にする頻度が高い者)で、過去の風しん抗体検査において、風しんの抗体価が低かった(HI 抗体価が16倍以下相当)者			
接種ワクチン	☐ 麻しん風しん混合(MR)ワクチン ☐ 風しんワクチン	接種日	令和 年 月 日	
接種医療機関		接種費用	円※領収金額と同額	
申請金額	円 ※接種費用と 6,000 円のどちらか少ない額			