

箕面市風しん予防接種等費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）箕面市長

（申請者）

住所 箕面市 _____

氏名 _____

生年月日 S・H _____ 年齢 _____ 歳

性別 男・女 電話番号 _____

- 1 次のとおり箕面市風しん予防接種等費用助成金交付要綱第6条の規定により、申請します。
- 2 過去にこの要綱による助成金の交付を受けていない旨を申告します。
- 3 助成金の交付が決定された場合は、助成金を振込先欄の金融機関に振り込むよう請求します。

対象者区分	<input type="checkbox"/> ①昭和37年4月1日以前に生まれた者			
	<input type="checkbox"/> ②昭和54年4月2日から平成2年4月1日までの間に生まれた男性			
	<input type="checkbox"/> ③妊娠を希望する女性			
	<input type="checkbox"/> ④妊娠を希望する女性の配偶者			
	<input type="checkbox"/> ⑤妊婦の配偶者			
申請区分	<input type="checkbox"/> 抗体検査	実施機関	<input type="checkbox"/> 保健所	<input type="checkbox"/> 医療機関
	<input type="checkbox"/> 予防接種	種類	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン	<input type="checkbox"/> MRワクチン
振込先	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通 当座	口座番号	
	口座名義（カタカナ） （申請者名義）			

【必要書類】

- ①住所、氏名及び年齢を確認できるもの
- ②風しん抗体検査の結果が分かるもの
- ③抗体検査の領収書（風しん抗体検査代とわかるもの）
- ④予防接種の領収書（風しん又はMRワクチン代とわかるもの）
- ⑤配偶者の住所、氏名及び年齢を確認できるもの（妊娠を希望する女性の配偶者のみ）
- ⑥配偶者が妊娠中であることがわかるもの（妊婦の配偶者のみ）

【市記入欄】

抗体検査償還金額 _____ 円 予防接種償還金額 _____ 円

抗体検査費用	円	助成限度額	円
予防接種費用	円	助成限度額	円