

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

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 過去に風しんの定期接種又は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	☐ ①昭和37年4月1日以前に生まれた者 ☐ 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 ☐ ③妊娠を希望する女性 ☐ ④妊娠を希望する女性の配偶者 ☐ ⑤妊婦の配偶者 ☐ ⑥妊娠を希望する女性の同居者 ☐ ⑦妊婦の同居者			
申請区分	☐ 抗体検査 ☐ 予防接種（ ☐ 風しんワクチン ☐ MRワクチン） ※有償で受けたもののみ、申請できます。 ※抗体検査、予防接種ともに有償で受けた方は、抗体検査及び予防接種の両方にチェックしてください。			
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 申請者の住所、氏名及び生年月日を確認できるもの
- 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分かるもの）
- 4 予防接種の領収書（風しん又はMRワクチン代と分かるもの）
- 5 配偶者・同居者の住所及び氏名を確認できるもの（妊娠を希望する女性の配偶者・同居者、妊婦の同居者のみ）
- 6 配偶者・同居者が妊娠中であることが分かるもの（妊婦の配偶者・同居者のみ）

【市記入欄】

抗体検査費用	円	予防接種費用	円
助成限度額	円	助成限度額	円
抗体検査償還金額	円	予防接種償還金額	円