

東海市風しん予防接種費補助金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

(宛先) 東 海 市 長

申請者 住 所 _____
 (被接種者) 氏 名 _____
 生年月日 昭和・平成 年 月 日 _____
 電話番号 _____

※ 補助申請者は、東海市内に住所を有する方で下記に該当する方です。
 該当するところにチェックしてください。

過去2年以内の抗体検査の結果		(1) <input type="checkbox"/> 妊娠を希望している女性
検査方法： _____ 法		(2) <input type="checkbox"/> 妊娠している女性の夫
抗体価	単位	(3) <input type="checkbox"/> 妊娠を希望している女性の夫
	倍・EIA 価・IU/mL・ その他()	・過去に風しん予防接種費補助を受けたことが □ある □ない
風しんの感染予防に十分な抗体が □ある □ない		・風しんにかかったことが □ある □ない
※検査結果のわかる証明書の写しが必要です。		・麻しんの感染予防目的で □ある □ない
		※「ある」に <input checked="" type="checkbox"/> のついた方は補助対象外です。

令和6年度東海市風しん予防接種費補助金交付要綱第4条の規定に基づき、添付書類を添えて下記のとおり補助金の交付を申請し、交付決定額をもって請求します。

記

	金 円	交付決定額	金 円
申請額	※申請額は、接種にかかった費用又は限度額 ((1)~(2)の方は10,850円、(3)の方は5,000円) のどちらか低い方の金額です。 ※交付決定額は、記入しないでください。		
補助金の振込先	銀行 金庫 組合	1 普通 2 当座	口座番号
	支店 本店 出張所		フリガナ 名義人
添付書類	※口座は、申請者本人名義で記入のこと		
	・風しん抗体検査の結果証明書 (写) ・領収書及び明細 (接種に要した金額及び接種ワクチンの種類のわかるもの) ・(2)の方は、妊娠を証明できるもの (母子健康手帳の表紙の写しなど)		

※ 申請者及び口座名義人の欄には、接種をされた方の氏名を記入してください。

※ 申請期限は令和7年(2025年)3月31日までです。

受付日： _____

なお、申請期限を経過した場合の申請は無効とします。

受付者： _____