

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) ☐ 妊娠を希望している女性
検査方法： 法		(2) ☐ 妊娠している女性の夫
		(3) ☐ 妊娠を希望している女性の夫
抗体価	単位	・過去に風しん予防接種費補助を受けたことが ☐ ある ☐ ない
	倍・EIA 価・IU/mL・ その他()	
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 ☒ のついた方は補助対象外です。

令和7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10,920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								
	※口座は、申請者本人名義で記入のこと										
添付書類	・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8年（2026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： _____