様式第１号（第４条関係）

風しん予防接種費用助成金交付申請書

年　　月　　日

（宛先）出雲市長

住　所　　出雲市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申　請　者　　氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（予防接種を受けた人）

電　話　　（　　）

私は、次の要件に該当し、風しんの予防接種を受けましたので、出雲市風しん予防接種費用助成事業実施要綱に基づき、助成金の交付を申請します。

なお、この申請に基づく支給決定に当たり、申請書に記載された内容等について、市役所内関係課への情報提供及び医療機関に問い合わせることに同意します。

要　件	□ 接種当日、出雲市民（住民登録のある者）である □ 風しん抗体検査の結果、抗体価が低い（HI 法 16 倍以下又はそれに相当する抗体価）者 **【上記の者のうち次の該当する要件に☑をしてください。】** □ （１）妊娠を希望する風しん抗体価の低い女性 □ （２）妊娠を希望する風しん抗体価の低い女性の配偶者（事実上婚姻関係も含む）及び同居者で風しん抗体価が低い者 □ （３）妊娠をしている風しん抗体価の低い女性の配偶者（事実上婚姻関係も含む）及び同居者で風しん抗体価が低い者
必要書類	① 領収書 ② 接種を受けた人の氏名、接種日、接種ワクチン名、接種医療機関名が分かる書類（予防接種済証など） ③ 抗体検査の結果が分かる書類（(2)、(3)の要件に該当する場合は、申請者及び妊娠を希望する女性または妊娠をしている女性の書類が必要） ④ 母子健康手帳の写し（(3)の要件に該当する場合） ⑤ 生活保護受給者は証明書

予防接種を受けた人	フリガナ			
	氏　名			
	生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日		
予防接種	医療機関名			
	種　類 ※該当項目に☑をしてください	□ 麻しん風しん混合ワクチン（MR ワクチン） □ 風しん単独ワクチン		
	接 種 日	年　　月　　日	接種料金	円

交付が決定した場合は、次の口座に振り込んでください。　※振込先は申請者本人名義の口座に限る。

振込先	金 融 機 関	銀行・信用金庫 農協・労働金庫		本店・支店 本所・支所・出張所
	預 金 種 別	１ 普通　２ 当座	口座番号	
	口 座 名 義	（カタカナで記入）		

※以下は記入しないでください。

受理日	抗体検査結果	添付書類	住基

助成金額	円