

様式第1号（第5条関係）

令和 年 月 日

広川町風しん任意予防接種助成金交付申請書

広川町長

申請者 住 所 広川町

氏 名

※氏名は口座名義人と同一のこと

次のとおり、風しんに係る予防接種を受け、その費用を支払いましたので、広川町風しん任意予防接種助成金交付要綱第5条の規定により、必要書類を添えて接種費用の助成を申請します。

なお、この申請内容の審査のため必要な範囲において、町及び関係医療機関が保有する被接種者の個人情報その他の必要な情報について、町が調査、確認等を行うことに同意します。

申請区分（いずれかの番号を○で囲んでください。）

- 1 妊娠希望者
- 2 妊娠希望者及び妊婦※の配偶者（事実上婚姻関係と同様の事情にある人を含む。）及び同居人（生活空間を同一にする頻度が高い家族など）

抗体検査の結果、抗体価が低いことが判明している人に限ります。

※ 抗体検査の結果、妊娠希望者及び妊婦が風しんの感染予防に十分な免疫を保有していることが判明している場合は、対象としません。

接種を受けた人	(フリガナ) 氏 名		
生 年 月 日	年 月 日生		
住 所			
連絡先電話番号	(自宅)	(携帯電話)	
接種医療機関名	☎ ()	接 種 日	年 月 日
予防接種の種類	☐ 風しんワクチン	☐ MR（麻しん風しん混合）ワクチン	
支 払 っ た 金 額		助成金額 (限度額10,000円)	

(添付書類)

- ① 領収書又はその写し
- ② 当該予防接種を受けた者の氏名、接種日、接種したワクチンの種類等が確認できるものの写し
- ③ 申請者の風しんに係る抗体検査の結果、抗体価が低いことが確認できるものの写し
- ④ 妊娠希望者及び妊婦の風しんに係る抗体検査の結果を確認できる書面（申請区分2に該当する者のみ）の写し
- ⑤ 振込口座がわかるものの写し