

日吉津村風しん予防接種費用助成金交付申請（請求）書

年 月 日

日吉津村長 様

風しんワクチンを接種したので、日吉津村任意予防接種助成事業実施要綱第5条の規定により次のとおり申請（請求）します。

申請（請求）者	住 所 日吉津村大字		
	氏 名	☎	電話（ ）
	生年月日	年	月 日
接種した予防接種	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン <input type="checkbox"/> 風しんワクチン		
予防接種に要した額	円	申請（請求）額 ※注意事項参照	円
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> (1) 妊娠を希望する女性のうち、風しん抗体価の低い者 <input type="checkbox"/> (2) 妊婦の配偶者（内縁を含む。） <input type="checkbox"/> (3) 妊婦の同居者 <input type="checkbox"/> (4) 妊娠を希望する女性（風しん抗体価の低い者に限る。）の同居者であつて、風しん抗体価の低い者		
実 施 医 療 機 関		予防接種実施日	年 月 日

必要書類

- ・医療機関発行の領収書（ワクチン名、被接種者氏名、接種日、接種料金の記載のあるもの）
- ・(2)または(3)の場合、母子健康手帳
- ・(1)または(4)の場合、妊娠を希望する女性および同居者の風しん抗体価検査の結果がわかるもの
- ・申請（請求）者の通帳の写し（村に口座登録のない場合）
- ・生活保護受給者の場合、生活保護受給証明書

注意事項

- ・申請（請求）額は、1回の接種につき8,000円を上限とし、接種費用が上限に満たない場合はその額となります。
- ・申請（請求）は、接種を受けた年度の翌年度4月10日までに行ってください。

※これより下は、役場記入欄です。

日吉津村任意予防接種助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり交付決定してよいか伺います。			
			年 月 日
確認欄			助成交付金額
<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 抗体価検査の結果	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳	円
<input type="checkbox"/> 通帳の写し	<input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書		
村 長	課 長	合 議	主 査