

別 記

第 1 号様式（第 5 条第 1 項第 1 号）

習志野市風しんワクチン等予防接種費用助成金支給申請書

印

年 月 日

習志野市長 宛て

〒

申請者 住 所 習志野市
(接種者)

氏 名
生年月日 年 月 日

(平日昼間つながるもの)

電話番号

印

次のとおり、習志野市風しんワクチン等予防接種費用助成金の支給を受けたいので申請します。
なお、必要があるときは申請の内容について市長が関係機関等に照会し、又は報告を求めることに同意します。

私は、下記の風しん抗体検査の結果、風しん抗体価が低いとされています。(該当部分に☑をしてください)

- 妊娠時の風しん抗体検査
- 千葉県が実施する風しん抗体検査
- その他の風しん抗体検査

接種医療機関名				
予防接種名	接種月日	接種費用 (A)	(A)の2分の1の額 (10円未満切り捨て) (B)	助成上限額 (C)
風しんワクチン	年 月 日	円	円	3,000円
麻しん風しん混合(MR) ワクチン	年 月 日	円	円	5,000円
支給申請額 (B)と(C)のいずれか少ない方の金額			円	
※生活保護世帯等の方は(A)を記入				

振込先

金融機関名	銀 行 信 用 金 庫 ()		本店 支店 ()
預金種別	普通 当座	口座番号	
口座名義	(カタカナ)		
	(漢 字)		

- ・申請者と口座名義が違う場合には、「委任状」が必要となります。
- ・修正液は使用不可です。訂正は二重線を引き、脇に申請者の㊞と同じ印鑑を押印してください。

<添付書類>

- 1 習志野市風しんワクチン等予防接種費用助成金支給申請書
- 2 予防接種を実施した医療機関の領収書（原本）
- 3 予防接種済証又は予診票の写し
- 4 風しん抗体価が低いことが証明できる書類（検査結果等）
- 5 預金通帳の写し（金融機関、支店名、口座番号、口座名義人が分かるもの）