

様式第1号（第4条関係）

春日市先天性風しん症候群予防対策のための風しん予防接種補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

（接種後1年以内に申請してください。）

（宛先）春日市長

申請者住所  
（被接種者）氏名

電話番号（ ） ー

春日市先天性風しん症候群予防対策のための風しん予防接種補助金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり補助金の交付を申請します。

記

1 被接種者の区分

該当番号を○で囲んでください。				
1：妊娠希望者	2：妊娠希望者の配偶者・パートナー			
3：妊婦の配偶者・パートナー	4：妊娠希望者の同居者等	5：妊婦の同居者等		

2 接種歴・罹患歴

該当番号を○で囲んでください。				
<過去の風しん予防接種歴>				
1：2回接種	2：1回接種	3：接種歴なし	4：不明	
<過去の風しん罹患歴>				
1：罹患歴あり	2：罹患歴なし	3：不明		

3 予防接種の種類及び交付申請額等

ワクチン種類	接種日	接種費用	限度額	交付申請額
風しんワクチン	年 月 日	円	円	円
麻しん風しん混合ワクチン				

4 補助金振込先（申請者と同名義）

金融機関コード		店番		貯金種目	
銀行		店		1：普通	2：当座
口座番号（右詰で書いてください。）					名義人
					(フリガナ)

5 添付書類

- (1) 抗体検査の結果が確認できる書類（抗体検査の結果書など）
- (2) 予防接種に要した費用が確認できる書類（領収書など）
- (3) 接種日が確認できる書類（予診票の写しなど）※領収書などで確認できない場合のみ
- (4) 被接種者が配偶者・パートナー又は同居者等の場合は、妊婦等の上記(1)の書類（妊婦等が抗体検査を受けていない場合は不要）