

様式第1号（第4条関係）

風しん抗体検査及び風しん予防接種費用助成申請書（償還払い）

年 月 日

富田林市長 様

風しんの抗体検査又は風しんワクチンを接種しましたので、必要書類を添えて費用助成を申請します。なお、交付決定後は下記口座への振込を依頼します。

次に該当する場合は、助成金の支払いをすることができません。

風しん抗体検査費用助成

- ・平成26年4月1日以降にこの事業によるワクチン接種の費用助成を受けた人
- ・風しん第5期対象者（昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性）
- ・令和5年4月1日以降にこの事業による抗体検査の費用助成を受けた人

風しん等予防接種費用助成

- ・平成26年4月1日以降にこの事業によるワクチン接種の費用助成を受けた人
- ・風しん第5期対象者（昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性）で、抗体検査の結果が風しん第5期予防接種の対象となる人

申請者（被接種者）

氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	富田林市		
電話番号	— —		
助成対象	いずれかに○をつけてください。 () 妊娠を希望する女性 () 妊娠を希望する女性の配偶者 () 妊婦の配偶者 () 妊娠を希望する女性の同居者 () 妊婦の同居者		
助成希望の項目	該当する項目に○をつけてください。 () 風しん抗体検査 () 風しん予防接種		

振込先金融機関

金融機関名	銀行 信用 組合 協 会 農 用 組 合	カタカナで記入	支店
預金種目	普通 ・ 貯蓄		
口座番号			
口座名義	カタカナで記入		

必要書類

<p>風しん抗体検査費用助成</p> <input type="checkbox"/> 領収証（原本） <input type="checkbox"/> 抗体検査の結果（写し） ※被検査者氏名、検査方法 検査日、抗体価の分かるもの	<p>風しん等予防接種費用助成</p> <input type="checkbox"/> 領収証（原本） <input type="checkbox"/> 抗体検査の結果（写し） ※被検査者氏名、検査方法 検査日、抗体価の分かるもの <input type="checkbox"/> 接種済証（写し）
---	---

担当者記入欄

受付日	
履歴確認	
受付担当者	
決定額	抗体検査
	ワクチン
	合計