

様式第1号（第5条関係）

瀬戸内市妊娠希望者への風しん予防接種費用助成金償還払申請書

年 月 日

瀬戸内市長 様

瀬戸内市妊娠希望者への風しん予防接種費用助成事業による助成金の償還払いを受けたいので、次のとおり必要書類を添えて申請します。

なお、助成対象者であることを確認するため、瀬戸内市が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

(申請者) 住 所 瀬戸内市

氏 名

(電話 - -)

※申請者は、被接種者本人、配偶者又は成年後見人の方となります。

申請理由	当てはまるものに○をしてください。	1. 妊娠を希望している女性						
		2. 妊娠を希望している女性の配偶者などの同居者						
		3. 妊娠中の女性の配偶者などの同居者						
被接種者	住 所							被接種者と申請者の関係
	氏 名							1. 本人 2. 配偶者 3. その他 ()
	接種ワクチンの種類	☐ 麻しん・風しん混合ワクチン ☐ 風しん単独ワクチン						助成額 円
振込先	金融機関名	銀行 農協 金庫				本店 支店 支所・出張所		
	預金種別	普通・当座	口座名義人 ※申請者と同一人でない場合、裏面も記入			フリガナ		
						氏 名		
	口座番号							←左詰めで記入

※注意：麻しん・風しん混合（MR）ワクチン接種の場合は助成金額の上限は 7,000 円、風しん単独ワクチンの場合は助成金額の上限は 4,000 円です。なお、ワクチン接種料金が上限額未満の場合は、ワクチン接種料金と同額が助成金額となります。

※添付書類（裏面、添付書類の注意事項を確認してください。）

- ① 領収書（原本）
- ② 風しんの抗体価が分かるもの（風しん抗体検査の結果通知等）（原本）
- ③ 妊娠中の女性の風しん抗体価が分かるもの（妊娠中の女性の配偶者などの同居者が助成を受ける場合のみ）
- ④ その他、必要と認める書類

※ 添付書類の注意事項

①, ②は原本を提出してください。③は写しで構いません。

(原本返却を希望の場合は、お申し出いただければ原本確認後に返却いたします。)

① 領収書 (ただし以下の記載があるものに限る。)

- ・ ワクチン接種料金である旨の記載があること。
- ・ 被接種者氏名が記載されていること。
- ・ 接種日及び領収日が記載されていること。

② 風しんの抗体価が分かるもの (抗体検査の結果通知等)

- * 妊娠を希望している女性の場合、抗体価がH I 法で 32 倍未満又は他の方法で同程度とみなされること。
- * 妊娠を希望している女性の配偶者などの同居者または妊婦の配偶者などの同居者の場合、抗体価がH I 法で 16 倍未満又は他の方法で同程度とみなされること。
ただし、妊娠中の女性の配偶者などの同居者が助成を受ける場合は、妊娠中の女性の抗体価がHI 法で 32 倍未満又は他の方法で同程度とみなされる場合に限る。

※下記の委任状は、申請者と口座名義人が異なる場合のみ記入してください。

委 任 状	風しん予防接種費用助成金の受領に関する権限を、下記代理人に委任します。		
		年	月 日
	申 請 者 (被接種者)	住 所	_____
		氏 名	_____
	代 理 人	住 所	_____
		氏 名	_____