

様式第1号（第5条関係）

小坂町任意風しん予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

小坂町長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

関係書類を添えて、小坂町任意風しん予防接種費用助成金を申請します。

予防接種を受けた者	氏 名		申請者 との続柄	本人・その他（ ）
	生年月日	年 月 日（ 歳）		
	住 所	小坂町		
予 防 接 種 日	年 月 日			
予防接種費用支払額	円			
助 成 対 象 条 件 ※該当する項目にレ点 をしてください。	<input type="checkbox"/> 1. 妊娠を希望している夫婦（現在、妊娠中の者を除く。） <input type="checkbox"/> 2. 妊婦健診において抵抗体価であることが判明した者（現在、妊娠中の者を除く。） <input type="checkbox"/> 3. 接種日において妊娠をしている女性の夫 （婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。） <input type="checkbox"/> 4. 満19歳から60歳までの男女で自身で医療機関での抗体検査を受け（自由診療）抵抗体価が判明した者（現在、妊娠中の者を除く。） ※1及び3に該当する者で、風しん罹患歴又は2回以上の予防接種歴のある者を除く。			
予防接種を受けた 医 療 機 関 名	名 称			
	所 在 地			
予 防 接 種 歴 等 ※該当する項目にレ点 をしてください。	<input type="checkbox"/> 過去に風疹の予防接種を受けた（ <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 ） <input type="checkbox"/> 過去に風疹に罹患していない			

（添付書類）

- 1. 医療機関発行の領収書の写し
- 2. 風しん予防接種実施証明書（様式第2号）又は予防接種を受けたことが確認できる書類等（母子健康手帳も可）の写し
- 3. 助成対象条件2または4の方：抵抗体価であることが確認出来る書類等（母子健康手帳も可）の写し