

生駒市風しんワクチン等接種補助金交付申請書兼実績報告書

平成 年 月 日

生駒市長 殿

申請者 住所 〒

氏名 (印)

(被接種者との続柄:)

電話番号 - -

生駒市風しんワクチン等接種補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。
なお、生駒市風しんワクチン等接種費用の補助金申請に係る審査のために、以後市職員が必要な範囲で、住民基本台帳および予防接種台帳の閲覧や、接種医療機関への照会を行うことに同意します。

◎該当するものに○をしてください。

対象要件該当項目	風しん抗体価検査の結果抗体価が低く、次のいずれかに該当する方 1 妊娠を希望する女性または配偶者(※) 2 風しん抗体価が低い妊婦の配偶者
----------	---

(※)妊娠を希望する女性は何らかの理由でワクチン接種ができない場合のみ配偶者が対象となります。

◎被接種者

住 所	生駒市		
氏 名		性別	男・女
生 年 月 日	昭・平 年 月 日	年齢	満 歳
妊婦氏名(該当項目2に該当する人のみ)	出産予定月	平成 年 月	
接種ワクチンの種類	1 風しんワクチン 2 麻しん風しん混合ワクチン 3 麻しんおたふくかぜ風しん混合ワクチン		
接種を受けた医療機関名			
接 種 日	平成 年 月 日		
接種に要した金額	円		

《添付書類》

- ①風しん抗体検査の結果(平成30年4月1日以降に検査したもの)
- ②被接種者氏名、接種日、接種ワクチンの種類、接種金額、接種医療機関名がわかる領収書
(領収書で確認できない場合や領収書を紛失した場合は、裏面に医療機関の証明をもらってください)
- ③母子健康手帳の表紙および子の保護者記載のあるページの写し(該当項目2に該当する方)

◎領収書を提出できない場合は、接種された医療機関で裏面の証明欄に記入をしてもらってください。ただし、記入を受けた際に費用が発生した場合、その費用に関しては市の助成の対象とはなりませんので、ご了承ください。

《注 意》次の方は補助を受けることができません

- ・妊娠中または妊娠の可能性がある人
- ・平成2年4月2日以降に生まれた人
- ・過去に風しんにかかったことがある人

【医療機関証明欄】

被接種者氏名	
接種日	平成 年 月 日
接種ワクチンの種類	<ul style="list-style-type: none"> ・風しん単抗原ワクチン ・麻しん風しん混合(MR)ワクチン ・麻しんおたふくかぜ風しん混合(MMR)ワクチン
接種金額	円
接種医療機関	<p>上記のとおり、ワクチン接種したことを証明します。</p> <p>所在地</p> <p>医療機関名</p> <p>代表者名</p> <p style="text-align: right;">印</p>

＜医療機関の方へ＞

被接種者の方から、医療機関証明欄の記載依頼があった場合は、上記項目について記載していただきますようお願い申し上げます。

健康課 受領印