

野田市風しん等予防接種費用助成金支給申請書兼請求書

(宛先)野田市長

申請日 年 月 日

下記の予防接種に要した費用の助成を受けたいので、風しん予防接種の接種履歴等を公簿等により確認することに同意した上で、次のとおり申請及び請求します。

ふりがな				生年月日	年	月	日
申請者氏名 (被接種者)				電話番号			
住所	〒 野田市						
助成対象 の区分 (1～2のうち該当 する口に✓)	野田市に住民登録があり、風しん抗体検査で抗体価が低下していると判断された下記対象者 1 <input type="checkbox"/> 妊娠している女性の同一世帯員 (妊婦は接種を受けることはできません) 2 <input type="checkbox"/> 妊娠を予定または希望している女性及びその同一世帯員 上記の1又は2に該当する方は、妊娠を希望している女性又は妊婦について記入してください。 ふりがな 氏名 生年月日 年 月 日						
	下記の①～③に該当する方は、助成対象外となります。 ① 予防接種法施行令に基づく定期予防接種を既に接種済又は対象者である。 ② 過去に風しんにかかったことがある。 ③ 過去に野田市の助成を受けて風しんの予防接種を受けたことがある。						
抗体検査 の種類 (3～7のうち該当 する口に✓)	3 <input type="checkbox"/> 妊婦健診時の風しん抗体検査 4 <input type="checkbox"/> 千葉県・千葉市・柏市が実施する風しん抗体検査(医療機関で無料で実施) 5 <input type="checkbox"/> 上記以外の都道府県又は市区町村が実施する風しん抗体検査 6 <input type="checkbox"/> 平成26年4月1日～令和8年3月31日までに受検した抗体検査証明書によるもの 7 <input type="checkbox"/> その他(
世帯状況 (該当する方のみ)	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付受給世帯						
接種年月日	年	月	日	接 種 医療機関名			

(※)平成26年4月1日以降に風しん抗体検査を実施し、抗体価が十分でない証明がある者
「抗体価が低下している」判定基準 HI法・・・32倍未満 EIA法-IgG・・・8.0未満

【振込先】

金融機関名	銀行・金庫			支店名	支店 出張所	預金種別 (該当する口に✓)				
	組合・農協					<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座				
金融機関 コード			支店 番号		口座 番号					
フリガナ										
口座名義人										

申請者と口座名義人が異なる場合は、下記にも記入してください。

私は、受任者(口座名義人)に対して野田市風しん等予防接種費用助成金の受取を依頼します。 委任者(申請者)氏名 _____ 印 _____

<保健センター記入欄>

【申請金額】

接種を受けたワクチンの種類 (該当する口に✓)	A:接種金額(税込) (該当する枠内に記入)	B:野田市の助成額	申請額 (AとBを比べて少ない方を記入) ※生活保護世帯の方はAを記入
<input type="checkbox"/> MR(麻しん風しん混合)ワクチン	円	6,000 円	円
<input type="checkbox"/> 風しん単独ワクチン	円	4,000 円	

野田市風しん等予防接種費用助成金支給申請書兼請求書(本様式)	
予防接種済証の写し及び医療機関の領収書(原本) ※写しは不可。必ず原本をご提出ください。	
風しん抗体検査の結果が確認できる書類等の写し(平成26年4月以降に受検した証明書)	
(口座名義や領収書の宛名が旧姓の場合) 運転免許証の裏書等、新姓と旧姓が確認できるものの写し(該当者のみ)	