

守山市成人風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

守山市成人風しん予防接種費用助成金交付要綱の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり助成を申請し請求します。申請にあたり、職員が住民基本台帳を確認することに同意します。また、接種を受けた医療機関または施設に接種状況について照会することに同意します。

守山市長あて

申請日

令和

年

月

日

※太枠内を記入してください。

ふりがな 申請者 (被接種者) 氏名								生年月日		
								年 月 日		
申請者 住所		守山市						電話番号 ()		
助成の要件 該当するものにチェック		<input type="checkbox"/> 妊娠を希望している女性 <input type="checkbox"/> 風しんの抗体価が低い妊婦の同居の者								
<input type="checkbox"/> 滋賀県風しん抗体検査 <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査		検査日		実施医療機関			検査結果			
		年 月 日					<input type="checkbox"/> HI法 16倍以下 <input type="checkbox"/> EIA法 8.0未満			
風しん 予防接種 接種状況		接種日		接種医療機関			ワクチンの種類			
		年 月 日					<input type="checkbox"/> 風しん単独 <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合			
		予防接種の窓口支払い額 (1) 円								
助成請求額		※(1)の額×0.7 または、7,000円のいずれか少ない額をご記入ください。 少数点以下は切り捨てです。 <div style="text-align: right; border-top: 1px solid black; width: 200px; margin: 0 auto;">円</div>								
振込み先		金融機関名		銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所			
		預金種別		普通 ・ 当座	フリガナ 口座名義人					
		口座番号								(右詰記入)

(添付書類)・滋賀県風しん抗体検査の検査結果書(ただし令和7年度以降のものに限る。)

または母子健康手帳等の妊婦健康診査での結果がわかるもの

・風しん単独予防接種または麻しん風しん混合予防接種の領収書

(担当課確認欄)

確認方法	受付者
<input type="checkbox"/> 健康保険資格確認書 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()	