

別 記

第1号様式

風しんワクチンに係る予防接種費助成申請書

年 月 日

(あて先) 成田市長

〒
住 所
申請者 氏 名
電話番号

風しんワクチンに係る予防接種に要した費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

被接種者	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
	氏 名			
	助 成 対 象 者 の 区 分	1 妊娠を予定し、又は希望している女性 2 妊娠を予定し、又は希望している女性の配偶者 3 妊婦の配偶者 上記の2又は3に該当する方は、妊娠を予定し、若しくは希望している女性又は妊婦について記入してください。配偶者については、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みます。 氏名 生年月日 年 月 日		
	予 防 接 種 を 受 け た 年 月 日	年 月 日	ワ ク チ ン の 種 類	風しん単独ワクチン 麻しん風しん混合ワクチン
	助 成 申 請 額	円	予 防 接 種 に 要 し た 費 用	円
	金 融 機 関 名	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 支所		
預 金 種 別	普通 ・ 当座			
口 座 番 号				
フリガナ				
口 座 名 義 人				

※千葉県風しん抗体検査（無料）または妊婦健康診査を受けた方へ

検査結果を受け取る際、風しんの抗体価が低いと言われましたか。 ☐ はい ☐ いいえ

※市町村民税非課税世帯の方へ

市税の課税状況について、担当職員が公簿等により確認することに同意します。

同意の署名