

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

〇〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 成田市長

予防接種を受けた方(被接種者欄と同一)

〒〇〇〇-〇〇〇

住 所 成田市赤坂1-3-1

申請者 氏 名 成田 太郎

電話番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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	ナリタ タロウ		生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	成田 太郎			
	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 成田 花子 生年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
	予防接種を受けた年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	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	5,000 円	予防接種に要した費用	10,000 円	
振込先口座	金融機関名	銀行 本店 千葉 信用金庫 成田 支店 農協 支所			
	預金種別	普通 当座			
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7			
	フリガナ	ナリタ タロウ			
	口座名義人	成田 太郎 【注意】申請者の口座以外へ振込む場合には委任状が必要です			

※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

抗体検査を受け「はい」にチェックした方は、検査結果の写しの提出をお願いします。

市町村民税非課税世帯に該当する方は
署名をお願いします

同意の署名