

近江八幡市長

近江八幡市成人の風しん任意予防接種助成金交付申請書

申請者 氏名 _____ ㊟
 住所 〒 _____
 近江八幡市 _____
 電話番号 _____ () _____

近江八幡市成人の風しん任意予防接種助成事業実施要綱第2条の対象者にあたるため、第7条の規定に基づき、助成金を交付されたく申請します。なお、この申請に基づく交付決定にあたり、近江八幡市が保有する情報について閲覧すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

被接種者	フリガナ	生年月日	年 月 日
	氏 名		
対象要件該当項目 ※(1)~(3)のいずれかに該当し、かつ(4)~(5)のいずれかに該当	<input type="checkbox"/> (1) 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> (2) 前号（妊娠を希望する女性）に該当する者の配偶者又は同居者 <input type="checkbox"/> (3) 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者又は同居者 <input type="checkbox"/> (4) 滋賀県風しん抗体検査を受け風しんに対する免疫が不十分と判断された <input type="checkbox"/> (5) 過去に受けた風しん抗体価検査の結果、風しん抗体価が HI 法で16倍以下若しくはEIA法で8IU/ml未滿若しくは国単位30IU/mL未滿だった		
	予防接種実施医療機関名		
接 種 日	接 種 費 用	請 求 額	
年 月 日	円	円	

..... (キリトリ線)

近江八幡市成人の風しん任意予防接種助成金交付請求書

年 月 日

金 _____ 円

下記のとおり、近江八幡市成人の風しん任意予防接種の助成金を請求します。

近江八幡市長 様

申請者住所 近江八幡市 町		氏名 _____ ㊟	
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農 協	本店 支店 出張所 代理店
	口座番号		種別
	フリガナ		1 普 通 2 当 座
	口座名義人		口座番号は 右詰め記入

備考 申請の際は、印鑑（シャチハタは使用不可）、通帳（振込先が確認できるもの）を御持参ください。

- 添付書類 (1) 接種した医療機関等の領収書（風しん予防接種と分かるもの）
- (2) 予防接種の記録が記載されているもの（予防接種済証等）
- (3) 滋賀県風しん抗体検査結果又は過去の風しん抗体検査結果がわかるもの