

修正テープ消える筆記具等の使用は不可。
消えない筆記具を使用ください。
接種日から1月以内又は年度末のいずれか
早い日までに提出して下さい。

別記様式第1号(第7条関係)

年 月 日

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 _____ 印

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金を交付されたく申請します。なお、
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ため、第7条の規定に基づき、
シャチハタは不可。
全て同じ印鑑で押印ください。

被接種者	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日
対象要件該当項目	<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未満若しくは国単位30IU/mL未満だった		
※(1)~(3)のいずれかに該当し、かつ(4)~(5)のいずれかに該当			
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

記入しないで下さい。

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。

捨印

近江八幡市長

様

申請者住所	近江八幡市		町	印		
氏名						
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 出張所	支店 代理店	種別	1 普通 2 当座
	口座番号					口座番号は 右詰め記入
	フリガナ					
	口座名義人	申請者本人名義のもの				

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