

様式第1号（第4条関係）

新宮町風しん予防接種費助成金交付申請書

次のとおり関係書類を添えて、風しん予防接種費助成金の交付を申請します。

また、助成申請に当たり、交付決定のために必要な個人情報を閲覧することに同意します。

助成対象者 (接種者)	(ふりがな) 氏名	()
	生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所	〒 新宮町
	電話番号	()
対象となる理由 (いずれも風しん抗体価が 低いと判明していること)		(1) 妊娠希望者
		(2) 妊娠希望者及び妊婦の配偶者(パートナーを含む)
		(3) 妊娠希望者及び妊婦の同居者
接 種 日		年 月 日
接種医療機関名		
接種内容		MR (乾燥弱毒生麻しん風しん混合) ワクチン
		乾燥弱毒生風しんワクチン
支払った金額		円
申 請 者 氏 名 _____		⑩
	年 月 日	(宛先) 新宮町長

注) 助成金額は、支払った金額の1/2 (100円未満は切り捨て) か助成上限額5,000円のどちらか低い金額になります。

【対象となる理由ごとの添付書類】

(1)	①風しん抗体検査結果が確認できるもの及び予防接種領収書 (予防接種済証を含む)
(2)	①妊娠希望者及び妊婦の風しん抗体検査結果が確認できるもの ②助成対象者の風しん抗体検査結果が確認できるもの及び予防接種領収書 (予防接種済証を含む)
(3)	①妊娠希望者及び妊婦の風しん抗体検査結果が確認できるもの ②助成対象者の風しん抗体検査結果が確認できるもの及び予防接種領収書 (予防接種済証を含む)