

(任意) みどり市麻疹予防接種費用償還払い申請書

令和 年 月 日

みどり市長 須藤 昭男 様

〒 _____
申請者 住所 _____
氏名 _____
被接種者との続柄 _____
電話 _____

下記のとおり予防接種を受けましたので、接種費用の償還払いについて申請します。
なお、助成対象者であることの確認のために必要があるときは、申請内容について、市が保有する個人情報を調査及び確認することに同意します。

記

- 1 交付申請額 _____ 円
- 2 被接種者

住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 _____ みどり市笠懸町・大間々町・東町		
ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	
被接種者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	昭・平・令 年 月 日	
助成対象	該当するものにチェック・記入をしてください。 ※②～④の場合、下線に該当する者の氏名等を記載してください。		妊娠希望者・妊婦・0歳児	
	<input type="checkbox"/> ①妊娠を希望している女性		ふりがな	
	<input type="checkbox"/> ②妊娠を希望している女性の配偶者※1又は同居者※2		氏名	
	<input type="checkbox"/> ③妊婦の配偶者※1又は同居者※2		生年月日	昭・平・令 年 月 日
<input type="checkbox"/> ④0歳児の同居者※2※3		生年月日	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 検査結果：16.0未満 <input type="checkbox"/> 過去に麻疹に罹患していない。 <input type="checkbox"/> 過去に麻疹の予防接種を2回接種していない。(MR・MMRを含む)				
接種	ワクチン	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生麻疹ワクチン <input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生麻疹風しん混合ワクチン		
	接種日	令和 年 月 日		
	接種医療機関	_____ 医院・クリニック・病院		
振込先	金融機関	銀行・信金 農協・信組	支店名	_____
	口座番号	普通・当座	フリガナ 口座名義	_____

※1 配偶者には近々婚姻予定がある人を含みます。
※2 同居者は、生活空間を同一にする頻度が高い親族とし、住民票同一住所の人に限りません。
※3 1歳未満のうちに接種済み。

市 確 認 欄	<input type="checkbox"/> 過去に助成を受けていない	<input type="checkbox"/> 定期接種の対象ではない	<input type="checkbox"/> 抗体検査結果の写し(16.0未満)
	<input type="checkbox"/> 予診票または母子健康手帳	<input type="checkbox"/> 領収証	<input type="checkbox"/> 接種は4～7月中
	<input type="checkbox"/> 本人確認	<input type="checkbox"/> 委任状(※)	<input type="checkbox"/> 代理申請者の本人確認書類(※)
	(※) 代理申請のみ		対応者 (_____)