

**記入例**

津山市風しん予防接種費用助成申請書

の範囲を記入してください

〇〇年〇〇月 〇〇日

津山市長 殿

風しんの予防接種に係る費用の助成を受けたいので、津山市風しん予防接種費用助成事業実施要綱第4条第1項の規定により申請します。

なお、代理申請の場合は、本人の同意を得ていることを申し添えます。

代理人の方が申請される場合、代理人の方の氏名・住所等をご記入ください。

申請者	住所	〒〇〇〇-△△△△ 津山市山北〇〇-×× さくらマンション 〇〇〇号室		電話番号	090- 〇〇〇〇- △△△△
	ふりがな氏名	ツヤマ ハナコ 津山 花子 代理申請の場合は本人との続柄（ ）		スタンプ印不可	津山
	生年月日	S	H	〇年 〇月 〇日	( 〇歳)
接種希望者 (代理申請の場合のみ記入)	住所	〒 - 津山市		電話番号	
	ふりがな氏名	代理人の方が申請される場合、この欄に接種されるご本人様の氏名・住所等をご記入ください。			
	生年月日	S・H		年 月 日	( 歳)
区分 (該当するものを〇で囲んでください。)	<input checked="" type="checkbox"/> (1) 妊娠を希望しており、接種日の属する年度の初日において50歳未満の女性 <input type="checkbox"/> (2) 妊娠を希望しており、接種日の属する年度の初日において50歳未満の女性の配偶者または同居者 <input type="checkbox"/> (3) 妊娠をしている女性の配偶者または同居者				
風しん抗体検査の実施日	〇年 〇月 〇日		※ 検査結果がわかる書類を提示し、又は当該書類の写しを添付してください。		
予防接種の種類及び助成金の額（該当するものを〇で囲んでください。）	<input checked="" type="checkbox"/> 1 風しん予防接種 <input type="checkbox"/> 2 麻しん風しん混合予防接種		3,000円 5,000円		

該当の数字に〇をつけてください。

該当の数字に〇をつけてください。

※ 上記の申請内容が、事実と異なる場合は、助成金の全部又は一部を返還していただく場合があります。

※ 受託医療機関に支払う金額は、接種費用から助成金の額を差し引いた額になります。

※検査日・検査方法・検査結果・検査実施場所が明記してある書類又は母子手帳の写しをご郵送ください

※検査結果について「何法」で「何倍」なのか記載があるか確認をお願いします。