

記入例

の範囲を記入ください

様式第1号（第4条関係）

津山市風しん予防接種費用助成申請書

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。

申請者	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 津山市山北〇〇-〇〇		電話番号	〇〇-〇〇 〇〇〇
	ふりがな氏名	つやま はなこ 津山 花子 代理申請の場合は本人との続柄（ ）			
	生年月日	S・H 〇〇年〇〇月〇〇日 （〇〇歳）			
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				
	生年月日	S・H 年 月 日 （ 歳）			
区分（該当するものを○でつけてください。）	(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 (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 (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	〇〇年〇〇月〇〇日		※ 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○で囲んでください。）	1 風しん予防接種 3,000円 2 麻しん風しん混合予防接種 5,000円				

代理申請の場合はこちらにも記入ください

該当の部分に○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。

津山市記入欄（この欄は記入しないでください。）

住民基本台帳確認	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	(受付欄)
年齢確認	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
接種歴	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
決定欄	審査結果 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
	接種券交付番号	N o .