

筑紫野市風しん予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)

筑紫野市長

住所 筑紫野市

氏名

生年月日 年 月 日生 歳

電話番号

風しん予防接種の助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて筑紫野市風しん予防接種緊急対策助成事業実施要綱第 4 条の規定により申請します。

申請区分（該当する番号を○で囲んでください。）	
1 妊娠を希望している女性で、抗体が不十分であった者	
2 抗体が不十分な妊婦の配偶者(パートナーを含む)及び同居者	
3 その他市長が認める者	
接種ワクチン名（該当する番号を○で囲んでください。）	
1 風しん単抗原ワクチン	
2 麻しん風しん混合ワクチン	
接種日	年 月 日
接種費用	円
助成金の申請額	円
接種医療機関名	TEL :

※添付書類

- ・接種に係る領収書（金額等が確認できる書類）
- ・風しんの抗体検査の結果の写し
- ・その他市長が必要と認める書類