

様式第 1 号（第 5 条関係）

人吉市風しん予防接種費用助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

人吉市長 様

申請者 住 所

氏 名 印

生年月日

電話番号

風しん予防接種費用の助成を以下のとおり申請します。

なお、助成金については、下記口座に振り込んでください。

◆接種状況

予防接種を受けた理由	☐ 熊本県風しん抗体検査事業において、予防接種が必要と判断された者であるため。 ☐ 過去の風しん抗体検査（妊婦健診など）において、風しんの抗体価が低く（H I 抗体価が 1 6 倍以下相当）、妊娠を希望する者※であるため。 ※妊娠を希望する女性のほかに、その配偶者などの同居者で、妊娠を希望する女性と生活空間を同一にする頻度が高い者を含む。		
接種日	令和 年 月 日		
接種ワクチン	☐ 麻しん風しんワクチン（MR ワクチン） ☐ 風しんワクチン		
接種医療機関			
接種費用	円	助成額	円

◆振込先

振込口座	金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店・支所 出張所
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

- (1) 予防接種を受けた医療機関の領収書
- (2) 要項第 2 条第 1 項に該当する者は、熊本県風しん抗体検査事業の風しん抗体検査結果通知書の写し、同条第 2 項に該当する者は、過去の風しん抗体検査（妊婦健診など）において、風しんの抗体価が低かった（H I 抗体価が 1 6 倍以下相当）ことを証明する書類の写し