

様式第1号(第4条関係)

みやき町妊娠安心風しん予防接種費用助成申請書

年 月 日

みやき町長 様

(申請者) 住 所 みやき町

氏 名 ㊟

電 話 番 号

生 年 月 日 年 月 日 (歳)

下記の通り予防接種を受けたので、みやき町妊娠安心風しん予防接種費用助成事業実施要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、この申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、みやき町が調査することに同意します。

申 請 区 分	1 妊娠を予定・希望している女性 2 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者 3 風しんの抗体価が低い妊婦の同居家族
予 防 接 種 を 受 け た 日	年 月 日
予 防 接 種 を 受 け た 医 療 機 関 名	
接 種 を 受 け た ワ ク チ ン の 種 類	1 麻しん風しん混合ワクチン(MR) 2 風しんワクチン
予 防 接 種 支 払 金 額	円

※ 医療機関が発行した領収書(風しんの予防接種とわかるもの)を添付してください。

※ 申請区分の2及び3に該当する方は、下記のものを添付してください。

母子手帳の写し、風しん抗体検査結果通知書又は風しん抗体検査の結果がわかるもの