

(表)

様式第3 (第11条関係)

年 月 日

風しんワクチン接種費等助成金交付申請書

(宛先) 北名古屋市長

申請者	住所	電話番号
	氏名	対象者との続柄

風しん(抗体検査・予防接種)費用助成の交付を下記のとおり申請します。
また、助成金の交付を認められた場合には、裏面の口座への振込を請求します。

検査又は接種を受ける人の氏名	(男・女)
生年月日	年 月 日 (歳)
検査又は接種を受ける人の住所	(申請者と異なる場合)
対象者区分 (該当する番号に○を付けてください。)	風しんの罹患歴がなく、北名古屋市において、これまでに風しんワクチン接種費等の助成を受けたことのない 1 抗体検査 (1) 妊娠を予定又は希望している女性(妊娠中及び出産の経験のない者を除く。) (2) 妊娠を予定又は希望している女性の夫及び妊娠している女性の夫(婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。) 2 予防接種 (1) 北名古屋市風しんワクチン接種費等助成金交付事業による抗体検査を受けた者で、抗体が十分でないと確認できたもの (2) 愛知県風しん抗体検査事業による抗体検査を受けた者で、抗体が十分でないと確認できたもの 3 その他特に必要と認めるもの

上記対象者区分の2 予防接種の(1)及び(2)に該当する者が女性の場合は、

妊娠していないこと及び接種後2か月は妊娠を避けることを申し出ます。

※ この申出により、市が助成金の交付該当者等の調査・確認のため、私の個人情報を使用することに同意します。

審査結果 (いずれかを○で囲む)	該 当	非該当
------------------	-----	-----

(※裏面に続く)

(裏)

検査 又は 接種の 状況	実施内容	抗体検査	予防接種 風しん・麻しん風しん混合
	氏名		
	実施年月日	年 月 日	年 月 日
	実施医療機関名		
	支払金額	円	円
助成申請額		円	
添付書類		1 領収書 2 検査結果(又は写し)	
振込先	金融機関名		
	支店名		
	種別	普通 ・ 当座	
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義		
助成金交付決定額		※ この欄は記入しないでください。 円	