

## 平成30年度成人の風しん予防接種費用助成申請書(償還払い)

(あて先) 港区長

下記のとおり、成人の風しん予防接種費用の助成を申請しますので、下記の口座に振込願います。  
 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、港区が調査することに同意します。

申請金額 ( <input type="checkbox"/> にチェック)	<input type="checkbox"/> 3,000円(風しん)
	<input type="checkbox"/> 6,000円(麻しん風しん混合)

申請者	住所	港区	昼間の連絡先 電話 ( ) 携帯
	フリガナ		生年月日
	氏名	男・女	年 月 日

申請内容	該当項目 ( <input type="checkbox"/> にチェック)	抗体検査の結果、風しんの抗体価が低い人で、 <input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性の夫、同居人 <input type="checkbox"/> 抗体価が低い妊婦の夫、同居人
	予防接種の種類 ( <input type="checkbox"/> にチェック)	<input type="checkbox"/> 風しん単抗原ワクチン (助成額 3,000円) <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン (助成額 6,000円)
	接種日	平成 年 月 日
	接種した医療機関名	

銀行コード						店番号			
振込先 (申請者)	振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合			支店				
	預金種別	普通			当座				
	口座番号	/							
	口座名義 (申請者)	フリガナ							
	氏名								

※振込先氏名と、申請者氏名は、必ず同一人物になるようにお願いします。

※太枠内をすべてご記入ください。

※予防接種した医療機関から発行された領収書を添付してください。

※予防接種を受けた本人の抗体検査結果を添付してください。

※抗体価が低い妊婦の夫・同居人は、妊婦の抗体検査結果も添付してください。

※申請期限:平成31年3月31日まで

受付年月日