

申請日 年 月 日

美里町長 様

申請者 住所 美里町

氏名 ⑩

電話

美里町風しん予防接種費補助金交付申請書

風しん予防接種に係る費用について、美里町風しん予防接種費補助金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて補助金の交付を申請します。

予防接種を受けた理由	<input type="checkbox"/> 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ため。 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性とその配偶者（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ものを含む）などの同居者（生活空間を同一にする頻度が高い者）で、過去の風しん抗体検査において、風しんの抗体価が低かった（HI抗体価が16倍以下相当）者であるため。 <input type="checkbox"/> 風しんの抗体価が低い妊娠している女性の配偶者（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ものを含む）などの同居者（生活空間を同一にする頻度が高い者）で、過去の風しん抗体検査において、風しんの抗体価が低かった（HI抗体価が16倍以下相当）者であるため。		
接種日	年 月 日		
接種ワクチン	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン（MRワクチン） <input type="checkbox"/> 風しん単独ワクチン		
接種医療機関			
接種費用	円	助成限度額	補助金申請額
		10,000円	円

<添付書類>

- 風しん予防接種の費用にかかる領収書
- 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、若しくは、過去の風しん抗体検査（妊婦健診など）において、HI抗体価が16倍以下相当だったことを証明する書類の写し

<注意事項>

- 太枠内のみ記入してください。
- 風しん予防接種を受けた日の属する年度を過ぎると申請できません。

美里町風しん予防接種費補助金請求書

金額						円
美里町長 様 上記のとおり請求します。 年 月 日	住所					請求印
交付決定日 年 月 日	氏名					
	電話番号					
支払方法	窓口	銀行・信金		支店		
	振込	肥後 熊本宇城農協		普通・当座 No. 甲佐・砥用 口座名義人(カナ) 下東支所		

※請求書に記入する氏名・口座名義人には、申請者の氏名を記入して下さい。