様式第１号（第５条関係）

熊谷市大人の風しん予防支援事業助成金交付申請書（請求書）兼口座振込依頼書

熊 谷 市 長　あて　　年　月　日

大人の風しん予防支援事業助成金を申請いたします。なお、この申請に基づく助成決定に当たり、住民登録状況について閲覧し、又は調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。この申請書は、熊谷市において助成を決定した後は、請求書として取り扱うことに同意します。この助成金は、申請者名義の下記口座へ振り込んでください。ただし、代理人が受領する場合は、代理人欄に委任した代理人名義の口座へ振り込んでください。

【申請者欄】（予防接種を受けた方）　※電話番号は日中連絡が取れる番号をお願いします。

フリガナ			生 年 月 日	接種日の年齢
氏 名	（※）		昭和 平成　年　月　日	歳
	（※）申請者本人が自署する、又は記名押印してください。			
住 所	〒 熊谷市		電話番号	（　　）
対象者区分 ※A、Bいずれかに○	風しん抗体検査で抗体価が低い（※1）と判明した、		（※1）HI 法：32 倍未満　EIA（IgG）法で 8.0 未満	
	A	●妊娠を希望している女性【18 歳以上 50 歳未満】		
	B	●妊娠を希望している女性（上記 A）の同居者 ●接種日における妊婦の同居者		
		同居している妊娠を希望する女性、または同居している妊婦の氏名・生年月日・あなたとの続柄を記入して下さい。	氏名 / 続柄 / 生年月日 S・H　年　月　日	

風しん抗体検査方法 ※☑を入れる	□ HI 法 (32 倍未満)	□ EIA（IgG）法 (8.0 未満)	□ その他 （　　）法	抗体価 ※数値を記入　（倍）
接種医療機関名		接種年月日	年　月　日	
予防接種費用 ※医療機関で支払った金額をお書きください。	円			
接種ワクチン ※ア、イいずれかに○をつけてください。	ア	風しん単独ワクチン（助成額　3,000 円）		
	イ	麻しん風しん混合ワクチン（助成額　5,000 円）		
	申請（請求）金額	円		

＊助成額より、接種費用が少ない場合は、接種費用をお書きください。

振込先	金融機関	銀行・金庫 農協・信組		本店 支店
	預金種別	普通・当座	口座番号（右詰め）	
	フリガナ			
	口座名義人	申請者と口座名義人が異なる場合は、下記【代理人欄】も記入してください。		
	金融機関コード		支店コード	

【代理人欄】

代理人	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	生 年 月 日	
	（氏名）　様	昭和 平成　・　・	
住 所		電話	
上記の者を代理人と認め、 助成金の｛ 受領 ｝を委任します。 （申請者氏名）　（※）		申請者からみた代理人の続柄	
（※）振込先口座の名義が申請者と異なる場合、申請者本人が自署する、又は記名押印してください。			

熊谷市処理欄
確認者　　検算済

◆ 添付書類は＜裏面参照＞

【添付書類】

□ 被接種者の風しん抗体検査結果がわかる書類（写し可）

□ （妊婦の同居者の方）母子健康手帳1ページ「子の保護者欄」（記入済）および4ページ「分娩予定日欄」（記入済）の写し

□ 被接種者の氏名、ワクチン名、接種年月日及び接種金額がわかる領収書等（原本）

□ 振込先金融機関の口座名義及び口座番号が確認できる通帳等の写し

【申請方法】 申請書及び上記添付書類を健康推進課まで持参又は郵送してください。

【郵送先・お問い合わせ先】 熊谷市こども健康部健康推進課

〒360-0816 熊谷市石原3丁目27番地 熊谷市保健センター TEL 048-528-0601 FAX 048-526-1950

【提出期限】 接種した年度の3月31日まで ※当日消印有効