

いちき串木野市長 様

申請者 住 所

氏 名 ⑨  
 電話番号  
 対象者との関係

いちき串木野市風しん等ワクチン接種補助金交付申請書

いちき串木野市風しん等ワクチン接種補助金の交付を受けたいので、いちき串木野市風しん等ワクチン接種補助金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

対 象 者	フリガナ		生 年 月 日	性別
	氏 名		年 月 日生	男 ・ 女
	住 所	〒		
区 分	(1) 妊娠を希望している女性で、ワクチン接種時に満50歳未満の者 (2) 妊婦の夫（婚姻の有無は問わない） (3) 妊婦と同居している者で、その妊婦に風しん等が感染しないよう ワクチン接種が必要と認められる者 (4) その他市長が必要と認める者			
抗 体 検 査 日		接 種 日		支 払 っ た 費 用
年 月 日		年 月 日		円
補 助 申 請 額 (A)				円
補 助 金 以 外 の 助 成 額 (B)				円
補 助 決 定 額 (A) - (B)				円
添 付 書 類	・ 予防接種等に係る医療機関が発行した領収書 ・ 予防接種等を受けたことが確認できるもの ・ 医療機関等が発行した、抗体検査の結果が分かるもの （ただし、抗体検査日からおおむね1年以内のものに限る） ・ その他市長が必要と認める書類			

※助成補助金の額は、ワクチン接種に要した費用として医療機関に支払った金額とする。  
 ただし、その金額に100円未満の端数があるときはこれを切り捨てるものとし、その額が5,000円を超える場合は5,000円とする