

第3号様式（第9条関係）

（表）

風しんワクチン等予防接種費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

清須市長 様

申請者 住 所
氏 名
（自署の場合、押印不要）
電 話

清須市風しんワクチン等予防接種費助成に関する要綱第9条第2項の規定により、
関係書類を添えて次のとおり申請します。

被 接 種 者	氏 名	☐ （申請者と同じ）
	生年月日	年 月 日
	住 所	☐ （申請者と同じ）
	免除資格	無 ・ 被保護世帯 ・ 市町村民税非課税世帯
対 象 者 分 区	風しんの罹患歴がなく、過去に風しんワクチン又は麻しん風しん 混合ワクチンの予防接種を受けたことがない 1. 妊娠を予定し、又は希望しているもの 2. 妊娠を予定し、若しくは希望している女性の配偶者又は妊 娠している女性の配偶者	
出 産 経 験 ※女性の方のみ	有 ・ 無	
抗 体 検 査	1. 愛知県風しん抗体検査事業による抗体検査を受けた者 2. 上記以外で抗体検査を受けた者 実施日 年 月 日 （令和5年3月31日以前に実施した検査は補助の対象外です。） ※必ず抗体検査結果を添付してください。	
予 防 接 種	種 類	☐ 乾燥弱毒生風しんワクチン ☐ 乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン
	実 施 日	年 月 日
	医 療 機 関 名	
	電 話 番 号	
	支 払 金 額	円

※裏面に続く

(裏)

振込先 金融機関	銀行 信用金庫 農協			店
種別	当座・普通	口座番号		
ふりがな				
口座 名義人				

※申請者と異なる場合は委任状が必要となります。

※ 添付書類

- 1 領収書及び予防接種を受けたことを証明する書類（領収書において予防接種を受けたことを証明することができる場合を除く。）
- 2 抗体検査結果通知書の写し（抗体検査を受けた医療機関以外で接種した方に限る。）

この申請により、健康推進課職員が世帯区分等の調査確認をするため、私及び私の属する世帯の世帯員の個人情報を取得することに同意します。

氏名 _____
(自署の場合、押印不要)