

第3号様式（第6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  
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6条第3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	
	生年月日	年 月 日
	住 所	
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、又は希望している者 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 （ 年 月 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	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生風しんワクチン <input type="checkbox"/> 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