

年 月 日

風しんワクチン等予防接種費助成金交付申請書兼代理受領に関する委任状

清須市長 様

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1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、助成金の受給資格確認に当たり、住民基本台帳の確認を行うこと及び医療機関等に対する確認を行うことに同意します。

また、助成金の受領に関しては、接種を受けた医療機関に委任します。

|         |                          |                                                                                                                               |                                                                                                                      |  |  |
|---------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 申請者記入   | 被接種者                     | 氏 名                                                                                                                           |                                                                                                                      |  |  |
|         |                          | 住 所                                                                                                                           |                                                                                                                      |  |  |
|         |                          | 電話番号                                                                                                                          | ( )                                                                                                                  |  |  |
|         |                          | 生年月日                                                                                                                          | 年 月 日                                                                                                                |  |  |
|         | 対 象 者 区 分                |                                                                                                                               | 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<br>1. 妊娠を予定し、又は希望している者<br>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<br>※ 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<br>2. 上記以外で抗体検査を受けた者<br>実施日 年 月 日<br>(令和6年3月31日以前に実施した検査は補助の対象外です。)<br>※ 必ず抗体検査結果通知書の写しを添付してください。 |                                                                                                                      |  |  |

|         |             |                                                                                                                                      |     |     |          |
|---------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----------|
| 医療機関記入  | 接 種 日       | 年 月 日接種                                                                                                                              |     |     |          |
|         | 種 類         | 種 類                                                                                                                                  |     | 接種量 | Lot. No. |
|         | 接 種 量       |                                                                                                                                      |     | m l |          |
|         | Lot. No.    | <input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生風しんワクチン<br><input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン                                                  |     |     |          |
|         | 被接種者<br>確 認 | <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 資格確認書<br><input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |     |     |          |
|         | 助 成 額       | 5, 0 0 0 円 ・ その他 ( 円)                                                                                                                |     |     |          |
| 医 療 機 関 | 所在地         |                                                                                                                                      |     |     |          |
|         | 名 称         |                                                                                                                                      | 医師名 |     |          |