

府中町風しん予防接種費用助成申請書

府中町風しん予防接種費用助成金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

令和 ○年 ○月 ○日

府 中 町 長

申請者※	住 所	〒○○○-○○○○ 府中町・・・	
	フリガナ	フチュウ ハナ	電 話 番 号
	氏 名	府中 花	○○○-○○○○
被接種者との続柄		本人	

※申請者が対象者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要です。

助成対象者※	ふりがな	ふちゅう はな		
	氏名	府中 花		
	生年月日	昭和	平成	○年 ○月 ○日 (○歳)
	住所	安芸郡府中町		
	電話番号			

助成対象者欄には、風しんの抗体価が十分でないと判断された妊娠中または妊娠を希望する女性の氏名等を記入してください。

※助成対象者とは、妊娠中または今後の妊娠を希望する者です。

※風しん抗体検査の結果のコピーを添付してください。

あてはまるところに☑してください。

1. 現在妊娠をしていないが今後妊娠を希望する。 はい いいえ
2. 現在妊娠している。 はい いいえ

⇒2.で「はい」と回答された方はあてはまるところに☑してください。

助成対象者と住所が同一の同居者で風しん予防接種を希望する者が いる いない
風しん予防接種を希望する同居人は、下記のとおりです。

氏名 府中 太郎 昭・平 ○年 ○月 ○日生 続柄 夫

氏名 _____ 年 月 日生 続柄 _____

助成対象者が妊娠中の場合は、同居している人も対象となります。

氏名 _____ 年 月 日生 続柄 _____

※府中町記入欄

助成を過去受けているか	有 ・ 無	
接種医療機関	町内()・町外	
確認身分証明書 (予診票交付時)	・マイナンバーカード	確認者
	・運転免許証 ・医療保険被保険者証 ・その他 ()	

受領印

受付印
