

年 月 日

関市長 様

住 所

氏 名

電話番号

関市風しん予防接種費用助成金交付申請書

関市風しん予防接種費用助成金の交付を受けたいので、関市風しん予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添付して申請します。

記

1 被接種者

フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
住所	関市	電話番号	
申請区分	1. 妊娠を予定・希望している女性 2. 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者 3. 風しんの抗体価が低い妊婦の同居家族		

2 予防接種

接種日	接種医療機関	支払料金	申請金額
年 月 日		円	円

3 関係書類

- (1) 風しん抗体検査通知書又は風しん抗体検査結果の分かるもの
- (2) 申請区分2又は3に該当する場合は、妊婦の母子健康手帳
- (3) 接種を受けた医療機関等の領収書の原本