

第 1 号様式（第 7 条関係）

長久手市風しん抗体検査費助成金交付申請・請求書			
		年 月 日	
長久手市長 殿		申請者 千 一	
		住所	
		氏名	
		電話番号	
<p>私は、これまでに風しんにかかったこと及び風しんワクチン（麻しん風しん混合ワクチンを含む。）を接種したことがありませんので、下記のとおり、関係書類を添えて、風しん抗体検査費助成金の交付申請をします。</p> <p>なお、申請内容について、市が保有する個人情報を読覧・調査すること、及び、医療機関等に問い合わせることに同意します。</p>			
被検査者氏名			
生年月日（年齢）	年 月 日（満 歳）		
質問 1 どちらに該当しますか。 (☑してください。)	<input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性（経産婦） <input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性（経産婦）の配偶者などの同居者（昭和 3 7 年 4 月 2 日から昭和 5 4 年 4 月 1 日生まれの男性を除く） <input type="checkbox"/> 妊娠をしている女性の配偶者等の同居者（昭和 3 7 年 4 月 2 日から昭和 5 4 年 4 月 1 日生まれの男性を除く）		
質問 2 「はい」か「いいえ」に ○をつけてください。 *「はい」の場合は、 <u>助成対象外です</u>	(女性のみ) 現在、妊娠中ですか。		はい・いいえ
	今までに風しんにかかったことがありますか。		はい・いいえ
	今までに風しんワクチン（麻しん風しん混合ワクチンを含む。）を接種したことがありますか。		はい・いいえ
検査年月日	年 月 日		
医療機関名			
請求金額	金 円		
振込先 金融機関名	銀行		本店
	農業協同組合 信用金庫		支店 出張所
店番号			
口座番号	普通・当座		
ふりがな			申請者との続柄
口座名義人			

* 添付書類・別紙「長久手市風しん抗体検査費領収書」

* 誤記入は二重線をした上で、訂正印をお願いします（ただし、金額の訂正はできません）。

* 被検者が未成年の場合、申請者及び口座名義人は保護者としてください。

第2号様式（第7条関係）

長久手市風しん抗体検査費領収書	
被検査者氏名	
検査年月日	年 月 日
領収金額	金 円
上記のとおり証明します。	
年 月 日	
住 所	
医療機関 名 称 ⑩	
電話番号	

領収書添付欄

上記の「風しん抗体検査費領収書」によらない場合は、ここに医療機関の領収書を添付してください。

領収書には次の①から⑤までの内容が記載されていることが必要です。

- ① 被検査者氏名
- ② 検査年月日
- ③ 内容【風しん抗体検査費】
- ④ 金額
- ⑤ 医療機関名・医療機関印

第 4 号様式（第 8 条関係）

風しんワクチン接種費助成金交付申請・請求書

年 月 日

長久手市長 殿

申請者 〒 ー

住所

氏名

電話番号

私は、これまでに風しんにかかったこと及び風しんワクチン（麻しん風しん混合ワクチンを含む。）を接種したことがありませんので、下記のとおり、関係書類を添えて、風しんワクチン予防接種費助成金の交付申請をします。

なお、申請内容について、市が保有する個人情報を見学・調査すること、及び、医療機関等に問い合わせることに同意します。

被接種者氏名			
生年月日（年齢）	年 月 日（満 歳）		
質問 1 どちらに該当しますか。（☑してください）	<input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性（経産婦を除く） <input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性（経産婦を除く）の配偶者などの同居者（昭和 37 年 4 月 2 日から昭和 54 年 4 月 1 日生まれの男性を除く） <input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性（経産婦） <input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性（経産婦）の配偶者などの同居者（昭和 37 年 4 月 2 日から昭和 54 年 4 月 1 日生まれの男性を除く） <input type="checkbox"/> 妊娠をしている女性の配偶者などの同居者（昭和 37 年 4 月 2 日から昭和 54 年 4 月 1 日生まれの男性を除く）		
質問 2 「はい」か「いいえ」に○をつけてください。 *「はい」の場合は、助成対象外です。	今までに風しんにかかったことがありますか。	はい・いいえ	
	今までに風しんワクチン（麻しん風しん混合ワクチンを含む。）を接種したことがありますか。	はい・いいえ	
接種年月日	年 月 日		
医療機関名			
請求金額	金 円		
振込先 金融機関名	銀行	本店	店番号
	農業協同組合 信用金庫	支店 出張所	
口座番号	普通・当座		
ふりがな			申請者との続柄
口座名義人			

*** 添付書類**

(1) 風しん（麻しん風しん混合）ワクチン接種費領収書（第 5 号様式）

(2) 愛知県様式「風しん抗体検査の結果について」又は抗体検査結果が分かるもの
※妊娠を予定又は希望している女性（経産婦を除く。）、妊娠を予定又は希望している女性（経産婦を除く）の配偶者などの同居者のみ

(3) 風しん抗体検査結果（第 6 号様式）

※妊娠を予定又は希望している女性（経産婦）、妊娠を予定又は希望している女性（経産婦）の配偶者などの同居者、妊娠をしている女性の配偶者などの同居者のみ

*** 記入上の注意**

(1) 誤記入は二重線をした上で、訂正印をお願いします（ただし、金額の訂正はできません）。

(2) 被接種者が未成年の場合、申請者及び口座名義人は保護者としてください。

第5号様式（第8条関係）

※風しんワクチン、麻しん風しん混合ワクチンどちらを接種しましたか。

（どちらかに○をつける）

→ ・ 風しんワクチン

・ 麻しん風しんワクチン

風しん（麻しん風しん混合）ワクチン接種費領収書		
被接種者氏名		
接種年月日	年	月 日
領収金額	金	円
上記のとおり証明します。		
年 月 日		
住所		
医療機関	名称	⑩
電話番号		

領収書添付欄

上記の「風しん（麻しん風しん混合）ワクチン接種費領収書」
によらない場合は、ここに医療機関の領収書を添付してください。

領収書には次の①から⑤までの内容が記載されていることが必要です。

- ① 被接種者氏名
- ② 接種年月日
- ③ 予防接種名【風しん（麻しん風しん混合）ワクチン接種】
- ④ 金額
- ⑤ 医療機関名・医療機関印

被検査者記入欄

<p>風しん抗体検査結果</p> <p><u>妊娠を予定又は希望している女性（経産婦）、</u> <u>妊娠を予定又は希望している女性（経産婦）の配偶者などの同居者、</u> <u>妊娠をしている女性の配偶者などの同居者</u> は記入してください。</p>	
被検査者氏名	
検査年月日	年 月 日
質問 抗体検査の結果、医師 にワクチン接種が必要 と言われましたか。	<p>はい・いいえ</p> <p>※いいえの場合は、助成対象外です。</p>
医療機関名	<p>※医療機関による記入は必要ありません。</p>