

様式第1号

申請日を記入してください

年 月 日

(あて先) 宇都宮市長

〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇

住所 宇都宮市

氏名

電話

風しん抗体陰性者予防接種補助金交付申請書

風しん抗体陰性者予防接種補助金の交付について、宇都宮市補助金等交付規則第3条の規定により、下記のとおり申請します。

記

【接種区分（該当する番号に○をつけてください）】

- (1) 妊娠を予定している又は妊娠を希望している女性
- (2) (1)の女性の配偶者などの同居者
- (3) 妊娠している女性の配偶者などの同居者

上限3,000円

交付申請額 \_\_\_\_\_ 円

添付書類

- 1. 風しん予防接種補助金交付請求書（様式第3号）
- 2. 領収書の原本（接種した予防接種名が記載されているもの）
- 3. 予診票の写し
- 4. 風しん抗体検査結果通知書の写し（下記の証明欄に証明がある場合は不要）
- 5. 通帳の口座番号が分かるものの写し

【風しん抗体検査 結果票】

※ 医療機関で記入してください。ただし、上記「4. 風しん抗体検査結果通知書の写し」がある場合は記入不要です。

※ 補助対象となるのは、EIA法の場合8.0未満、HI法の場合16倍以下です。

（上記以外の検査方法であっても、上記基準と同等と認められる場合は補助対象とする。）

検査受診者名			
検査日	年 月 日	検査結果 (※)	HI法 _____倍 EIA法 EIA価 _____ (_____)法 抗体価 _____ 単位 _____
上記のことを証明します。			
年 月 日			
所在地			
名 称			
医師名			
印			

〔注意事項〕 申請受付は、接種後6か月以内のものに限ります。