

記載例

個人申請用

年 月 日

(あて先) 宇都宮市長

申請日を記入してください

住所 宇都宮市 竹林町972

氏名 宇都宮 花子

電話 028-626-1114

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 3,000 円

添付書類

- 風しん予防接種補助金交付請求書（様式第3号）
- 領収書の原本（領収書に接種した予防接種名が記載されていない場合は、診療明細書の原本も併せてご提出ください）
- 予診票の写し
- 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）
- 振込先口座の情報が確認できるものの写し（原則、通帳の写し。通帳のない金融機関の場合は、キャッシュカード、ホームページやスマートフォンアプリの口座情報がわかるページの写し等）

【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「し」がある場合は記入不要です。
- ※ 補助対象となるのは、HI法の場合10倍未満、EIA法の場合抗体価100単位未満です。（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。）

ご提出いただく前に、添付書類が通知書の写し揃っているかご確認ください

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。