

年 月 日

(あて先) 宇 都 宮 市 長

〒
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

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（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）
- 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. 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、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、H I 法の場合 1 6 倍以下、E I A 法の場合 8. 0 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。)

検査受診者名			
検査日	年 月 日	検査結果 (※)	H I 法 _____ 倍 E I A 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。