

市川市予防接種自己負担金交付金申請書兼請求書

①妊娠を希望する女性

②妊娠を希望する女性のパートナー

③妊娠している女性のパートナー

※パートナーとは、配偶者のほか、婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある方を含みます。

②③は、平成30年9月20日より追加。

市川市長

私は、風しん抗体検査を受けた結果、抗体価が低く予防接種が必要と判断され、風しん予防接種を受けましたので、市川市予防接種自己負担金交付金実施要領に基づく料金を請求します。

※下記該当箇所に□レ印を記入してください。

申請日 年 月 日

平成30年9月20日以降に予防接種を受けた方	平成30年9月19日以前に予防接種を受けた方
<input type="checkbox"/> 接種時、市川市に住民票を有している。	<input type="checkbox"/> 接種時、市川市に住民票を有している。
<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性である。	<input type="checkbox"/> 過去に風しん予防接種を受けたことがない。
<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性のパートナーである。	<input type="checkbox"/> 過去に風しん抗体検査を受けたことがない。
<input type="checkbox"/> 妊娠している女性のパートナーである。	<input type="checkbox"/> 過去に風しんにかかったことがない。

申請者	市川市			TEL	
住所	市川市				
予防接種を受けた方	(フリガナ)	生年月日	年	月	日
		(男・女)			
ワクチン名	① 麻しん風しん混合ワクチン(MR)		② 風しんワクチン		
接種年月日	年	月	日		
実施医療機関	医療機関名				
	所在地				

⑨ ※朱肉を使用する印鑑で押印してください。

振込先は、申請者の口座をご記入ください。(申請者と振込先名義人が異なる場合は、「委任状」を添付してください。)

振込先	銀行・農協		支店			
	信用金庫		出張所			
	信用組合		支所			
	金融機関コード			支店番号		
	普通・当座	口座番号		フリガナ		
			氏名			
支払総額		円				

【添付書類】 ○風しん抗体検査結果通知書

○医療機関が発行した領収書の原本(ワクチン名が記載されているもの)

【市担当課記入欄】 ※以下は記入しないでください。

交付決定額							円
-------	--	--	--	--	--	--	---

受領日	確認印
年 /	