様式第1号－3

【郵送先】〒272-0023　市川市南八幡4丁目18番8号
市川市保健センター疾病予防課　予防接種担当

市川市予防接種自己負担金交付金申請書兼請求書

②③は、平成30年9月20日より追加。

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。

市 川 市 長

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要綱及び実施要領に基づく料金を請求します。

申請者氏名		申請日	年　月　日
対象者住所 （接種を受けた方）	市川市 （建物名）	申請者 電話番号	―　―
対象者氏名 （接種を受けた方）	（フリガナ） （男・女）	対象者 生年月日 （接種を受けた方）	年　月　日

振込先は、申請者の口座を記入してください。（申請者と口座名義人が異なる場合は、「委任状」を記入してください。）

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	金融機関コード	
	支店名	本店・支店 支所・出張所	支店コード	
	口座種別	1. 普通　2. 当座	口座番号	
	口座名義 氏名		口座名義 （フリガナ）	

接種を受けた方の下記該当箇所□にレ印を記入してください。

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
□ 妊娠を希望する女性である。	□ 過去に風しん予防接種を受けたことがない。
□ 妊娠を希望する女性のパートナーである。	□ 過去に風しん抗体検査を受けたことがない。
□ 妊娠している女性のパートナーである。	□ 過去に風しんにかかったことがない。

接種したワクチン （いずれかに○）	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
支払額　※1	円	※1 予防接種料金として支払った額	

申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の「委任状」を記入してください。（同じ場合は、記入不要。）

委　任　状

私は、上記の口座名義人に市川市予防接種自己負担金交付金の受領を委任します。

年　月　日　　申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【添付書類】

1. 風しん抗体検査結果通知書、または検査日、検査結果が記されたもの
2. 医療機関が発行した**領収書の原本（写し不可）とその内訳書**
   ※ワクチン名、ワクチンの接種料金、接種年月日がわかるもの

【市担当課記入欄】

確認者

交付金　　円

様式第1号－3　＜記入例＞

【郵送先】〒272-0023　市川市南八幡4丁目18番8号
市川市保健センター疾病予防課　予防接種担当

市川市予防接種自己負担金交付金申請書兼請求書

②③は、平成30年9月20日より

①妊娠を希望する女性

※パートナーとは、配偶者のほ

鉛筆、消せるボールペンは使用しないでください。

接種時に市川市に住民登録のある方が対象です。
金額等の決定通知は対象者住所へ郵送します。
現住所が異なる場合や別の送付先を希望される場合は、その住所も併せて記入してください。

風しん抗体検査を受　結果、抗体価が低

たので、市川市予防接種自己負担金交付金

申請者氏名	市川　太郎	申請日	2021 年 7 月 1 日
対象者住所 （接種を受けた方）	市川市　八幡1－1－1 （建物名）	申請者 電話番号	047 — 334 — 1111
対象者氏名 （接種を受けた方）	（フリガナ）　イチカワ　タロウ 市川　太郎　（男）女	対象者 生年月日 （接種を受けた方）	1990 年 1 月 1 日

振込先は、申請者の口座を記入してください。（申請者と口座名義人が異なる場合は、「委任状」を記入してください。）

振込先	金融機関名	市川	（銀行）信用金庫 農協・信用組合	金融機関コード	0 1 2 3
	支店名	市川	本店（支店） 支所・出張所	支店コード	0 1 2
	口座種別	（1. 普通）　2. 当座		口座番号	0 1 2 3 4 5 6
	口座名義 氏名	市川　太郎		口座名義 （フリガナ）	イチカワ　タロウ

接種を受けた方の下記該当箇所□にレ印を記入してください。

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
□ 妊娠を希望する女性である。	□ 過去に風しん予防接種を受けたことがない。
☑ 妊娠を希望する女性のパートナーである。	□ 過去に風しん抗体検査を受けたことがない。
□ 妊娠している女性のパートナーである。	□ 過去に風しんにかかったことがない。

接種したワクチン （いずれかに○）	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	2021 年 6 月 22 日
支払額　※1	11，000　円	※1 予防接種料金として支払った額	

申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の「委任状」を記入してください。（同じ場合は、記入不要。）

委　任　状

私は、上記の口座名義人に市川市予防接種自己負担金交付金の受領を委任します。

年　　月　　日　　申請者氏名

申請書類は返却しません。ただし、領収書の原本の返却が必要な場合は、申請書の余白に「領収書の原本返却希望」と記入してください。金額等の決定通知を郵送する際に同封して返却します。

【添付書類】

1. 風しん抗体検査結果通知書、または検査日、検査結果が記
2. 医療機関が発行した領収書の原本（写し不可）とその内訳

※ワクチン名、ワクチンの接種料金、接種年月日がわかるも