

長岡京市風しん予防接種助成事業交付（償還払い）申請書

受付

郵便

（あて先）長岡京市長 様

次のとおり（麻しん風しん（MR）ワクチン・風しんワクチン）接種助成金の交付を関係書類を添えて申請いたします。
なお、交付決定を行うために必要な住所等の情報について市が確認することに同意します。

申請条件をご確認ください。 ☐ 長岡京市での申請は初めてである。 ☐ 風しんにかかったことがない。
☐ 今までに風しん（麻しん・風しん混合ワクチン含む）の予防接種を2回以上接種していない。

* 太枠内をご記入ください。細枠内は記入しないでください

* 太枠内をご記入ください。細枠内は記入しないでください		申 請 日	年 月 日
ふりがな		生 年 月 日	年 月 日
被接種者氏名 （申請者氏名）			（ 歳）
住 所	〒 長岡京市		
昼間の連絡先	自宅（ ）－ 携帯 －	出産予定日	年 月 日 ※被接種者が妊婦の同居人の場合記入
妊婦氏名	※被接種者が妊婦の同居人の場合記入	妊婦の生年月日	年 月 日 ※被接種者が妊婦の同居人の場合記入

質問項目（必須） 以下の質問にお答えください。

風しん抗体検査の検査日と結果を教えてください。	検査日： 年 月 日 結果：HI 法（HI 価 ） EIA 法（EIA-IgG 価 ）
要件の確認 ☐ 抗体価が低い（HI 価1:16 以下あるいは、EIA-IgG 価 8.0未満）	

申請要件（必須） 該当する番号に○をしてください。

1. 接種時に妊娠を希望している女性 （※風しん抗体検査結果のコピー、若しくは母子健康手帳の抗体検査結果のコピーを添付）	
2. 接種時に妊婦の同居人 （※①被接種者の風しん抗体検査の結果 ②母子健康手帳の妊婦の氏名が記載されたページのコピー ③妊婦の風しん抗体検査の結果のコピー若しくは母子健康手帳の抗体検査結果のコピーを添付）	
要件の確認 妊婦と同一住所 ☐ 健康管理システム	

全額助成要件（該当者のみ） 該当する番号に○をしてください。
（※生活保護受給者証の提示又は、自己負担金免除カードの提示又は自己負担金免除申請が必要）

1. 生活保護受給世帯	NO					（世帯主名）
2. 市民税非課税世帯	自己負担金免除カード（有・無） ☐ 自己負担金免除同時申請 ☐ その他（ ）					
要件の確認 1. ☐ 社会福祉課（ / ） 2. ☐ 自己負担金免除申請（課税世帯・非課税世帯） ☐ 市町村課税証明書						

接種ワクチン	・麻しん風しん（MR）ワクチン		・風しん（単抗原）ワクチン	
接種年月日	年 月 日	接種費用	金 円	
受診医療機関名 医 師 名	名称	所在地	電話番号（ ）－	
助成対象	MR ・ 風しん	助成金額	金 円	

振込先口座	金融機関名			銀行 金庫 農協	支 店 出張所名	本店 支店 出張所			
	預金種別	普通・当座	口座番号 （右詰め記入）						
	ふりがな								
	口座名義人								

※ 口座名義人は被接種者に限ります。

【必要書類】 ☐ 風しん抗体検査の結果 ☐ 風しんワクチン接種費用領収書 ☐ 印鑑 ☐ 振込が確認できる通帳等
妊婦の同居人の場合：上記書類に加えて ☐ 妊婦の風しん抗体検査の結果のコピー ☐ 妊婦の氏名が明記されている母子健康手帳のコピー