

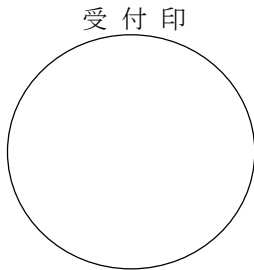
(様式第1号)

## 堺市風しん予防接種費用補助金交付申請書兼実績報告書

堺市長 殿

年 月 日

風しん予防接種費用の補助金について、下記のとおり関係書類を添えて申請および報告いたします。



|     |      |                           |
|-----|------|---------------------------|
| 申請者 | 住所   |                           |
|     | ふりがな |                           |
|     | 氏名   | ※申請者が自署しない場合は、記名押印してください。 |
|     | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日               |
|     | 電話番号 | ( )                       |

私（申請者）は標記補助金の申請条件を満たす事を確認する事に同意します。

申請者と被接種者が同じ場合はチェックし、被接種者欄の記入は不要です。

|  |  |             |                  |   |
|--|--|-------------|------------------|---|
| 被接種者   | ふりがな   |             | 電話番号             | — |
|  | 氏名   |             |                  | — |
|  | 住所   | 〒 区         |                  |   |
|  | 生年月日   | 昭和・平成 年 月 日 |                  |   |
| 接種を受けた医療機関   | 医療機関名  |             |                  |   |
|  | 所在地  |             |                  |   |
| 接種日  |  | 年 月 日       |                  |   |
| 接種を受けたワクチンの種類<br>いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（MR）ワクチン<br><input type="checkbox"/> 風しん単抗原ワクチン | 上限額         | 8,790円<br>5,798円 |   |

|          |                 |   |   |   |   |   |   |
|----------|-----------------|---|---|---|---|---|---|
| 接種費用（A）  | 被接種者が医療機関で支払った額 |   |   |   |   |   | 円 |
| 自己負担額（B） | 被接種者にご負担いただく額   | 1 | , | 0 | 0 | 0 | 円 |
| 差額（C）    | A - B = C       |   |   |   |   |   | 円 |
| 申請額（助成額） | Cが上限額未満の場合、Cの額  |   |   |   |   |   |   |
|          | Cが上限額以上の場合、上限額  |   |   |   |   |   | 円 |

### 申請時に必要な添付書類

- 接種した方の本人確認ができるものの写し（健康保険証、運転免許証など）
- 風しん抗体検査の結果が確認できるものの写し（氏名、検査日、検査の種類、結果数値のわかるもの）
- 接種したワクチンにかかる領収書の原本  
(被接種者氏名、接種年月日、接種ワクチン名が記載されていない場合は接種済み証など、接種したことが分かる書類も添付してください。)
- 助成金振込先口座の通帳等の写し（金融機関、支店名、口座名義、口座番号の分かる部分）