

予防接種費助成金交付申請書（おとな任意接種 MR と風しん）

下野市長 様	令和 年 月 日
申請者	住所： _____ 氏名： _____ 電話： _____（ _____ ） 被接種者との続柄：（ _____ ）
※申請者は被接種者と同一となります。	

フリガナ		生年月日
被接種者氏名		昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
助成対象区分	該当する箇所に○を付けてください。 ( ) ① 19～49歳の女性で妊娠を予定または希望している方 ( ) ② 19歳以上の男性で①の配偶者 ( ) ③ 19歳以上の男性で妊娠している方の配偶者	

□私は、次の者に助成金の受領に関する権限を委任します。

振込口座	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義（カタカナ）
			普通		

- ① 太線内を記入の上、二重線内は接種した医療機関で証明を受けてください。または、当該領収書の原本を添付してください。
- ② 接種時の「予診票の写し」を必ず添付してください。
- ※ 接種日から1年以内に提出してください（1年を過ぎたものは助成対象外となります）。
- ※ 受託医療機関以外の医療機関で接種する場合は、原則、事前申請が必要です。事前申請をせずに行った任意予防接種により生じた健康被害については、下野市予防接種事故災害補償規程第3条に定める補償の対象とする予防接種となりませんので、ご注意ください。

接種済票（医療機関で記入してください。）

接種項目	※該当の予防接種に、○を付けてください。	接種日
	( ) 麻しん風しん混合（MR）	平成・令和 年 月 日
	( ) 風しん	接種料金
上記のことを証明します。 令和 年 月 日		
所在地 名称 医師名		
㊞		