様式第１号（第４条）

四街道市風しんワクチン接種助成金交付申請書

申請日　　年　　月　　日

四街道市長　様

〒
住所

申請者　　氏名

（被接種者との関係　　）

電話番号

四街道市風しんワクチン接種助成金交付要綱第４条の規定により、必要書類を添付の上、下記のとおり接種費の助成を申請します。

記

（☐は該当箇所にレをしてください）

風しんの接種履歴	過去に風しんまたは麻しん風しん混合ワクチン（MR）または麻しんムンプス風しん混合ワクチン（MMR）の予防接種を２回以上 ☐受けたことがない　☐受けたことがある**（今回の助成は対象外）**			
過去の風しん接種助成の有無	今までに、四街道市風しんワクチン接種助成事業による助成金の交付を ☐受けたことがない　☐受けたことがある**（今回の助成は対象外）**			
助成対象者（被接種者）	氏名	（フリガナ　　） 男 ・ 女	住所	☐申請者と同じ ☐その他 （四街道市　　）
	生年月日	年　月　日 （　歳）	電話番号	☐申請者と同じ ☐その他 （　　）
対象該当項目	☐（1）18歳以上50歳未満の妊娠を希望している女性 ☐（2）（1）の同居者 ☐（3）風しん抗体価が低いと確認された妊婦の同居者			
風しん抗体検査の結果	☐①千葉県および千葉市・船橋市・柏市の実施する風しん抗体検査（無料で実施） ☐②妊婦健診における風しん抗体検査 ☐③その他（有料で実施）	実施医療機関 【　　】 検査日　年　月　日 検査結果　☐陰性 ☐EIA価8.0未満 ☐HI法32倍未満		
接種ワクチン	☐風しん単抗原ワクチン ☐麻しん風しん混合ワクチン（MR）	接種年月日　年　月　日 ※申請日から１年以内の実施分のみ助成対象		

（振込先）

金融機関名		店名	店
預金種別	普通	口座番号	
フリガナ 口座名義人			

市記入欄

【添付書類等の確認】●健康かるてにワクチンの接種歴がないことを確認してから添付書類を確認してください。

受付者サイン

☐　風しんの抗体価結果が分かる書類（検査日・抗体価が記載のもの）の写し
（①千葉県および千葉市・船橋市・柏市発行の検査結果②母子健康手帳貼付の検査結果③医療機関発行の検査結果）
☐　風しん等予防接種領収書の原本
☐　予防接種済証（被接種者名・接種年月日・ワクチン名が記載のもの）の写し
☐　**抗体価検査は平成30年12月25日から令和９年３月31日までの実施、予防接種は申請日から１年以内の実施であること**
＊☐　（3）妊婦の同居者については、妊婦の風しん抗体価が記載された母子健康手帳の写し
＊☐　被接種者と申請者が異なる場合：（同一世帯）本人確認書類のコピー（別世帯）委任状を提出