

様式第1号（第5条関係）

竹田市成人に対する風しんの予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

竹田市長 様

申請者住所

申請者氏名

⑩

(電話番号

)

風しん予防接種の助成を申請し、必要書類を添えて下記の金額を請求します。

助成金額は、下記の口座に振り込んでください。

なお、申請内容の確認にあたり、住民基本台帳を閲覧すること、確認等が必要な場合は医療機関に問い合わせることに同意します。

申請（請求）額 _____円 （上限3,000円）

接種者	氏名	(男・女)
	住所	竹田市
	生年月日	年 月 日 (接種日年齢： 歳)
接種日	年 月 日	
接種ワクチン	1 風しんワクチン 2 麻しん風しんワクチン	
対象区分	1 妊娠を希望する女性 2 妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者 3 抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者	

振込み先口座

金融機関	() 銀行・金庫・組合・農協
支店	() 店・支店・支所
口座種別	普通・当座
口座番号	
フリカゝナ	
名義人	

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任欄に記入・押印してください。

私は、上記口座名義人に、風しん予防接種の受け取りを委任します。

年 月 日

申請者氏名

⑩

風しんの免疫を持っていない女性が妊娠初期に風しんに感染すると、白内障、先天性心疾患、難聴などの症状がある「先天性風しん症候群」の子どもが生まれる可能性があるため風しんの感染対策として、風しん予防接種費用の一部を助成します。

◆注意◆

接種日から起算して6か月以内に申請してください。

あらかじめ約1カ月間避妊した後、接種してください。

ワクチン接種後約2カ月は妊娠しないよう注意してください。

助成対象者

竹田市に住民登録がある方で次のいずれかに該当する方

- ① 妊娠を希望する女性
- ② ①の配偶者などの同居者
- ③ 抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者

（対象外となる方）

妊娠している人、風しんにかかったことがある人、
風しん単独ワクチン又はMR（麻しん風しん混合ワクチン）を2回以上接種している人、
過去にこの要綱に基づく助成を受けたことがある人

※風しんの第5期の定期接種対象者（1962（昭和37）年4月2日～1979（昭和54）年4月1日生まれ男性）については、この年齢を対象とした予防接種事業（市町村が実施主体となります）を優先させていただきます。

助成内容 風しん、麻しん風しん（MR）予防接種 3,000円（助成は1人1回限り）

申請方法

- 1 医療機関にて予防接種の種類及び費用がわかる領収書
※領収書で予防接種の種類が確認できない場合は、予診票の写しを医療機関から受け取る。
※予防接種料は、医療機関で一旦全額お支払ください。金額は医療機関で異なりますので、予約時医療機関で確認してください。
- 2 竹田市保険健康課または各支所地域振興課の窓口に、申請（請求）書、必要書類及び印鑑（シヤチハタ印は不可）を持参してください。
- 3 申請書等を審査した後に、指定された金融機関の口座に助成金を振込みます。
（振込は申請から、約1～2ヵ月後）

〈必要書類〉

- 1 予防接種の種類及び費用がわかる領収書の原本
（領収書で予防接種の内容が確認できない場合は、予診票の写し）
- 2 助成金振込先の預金通帳
- 3 申請者の身分を証明する書類（運転免許証、保険証等）