

(様式第1号)

尼崎市風しん予防接種費用助成申請書  
(償還払い用請求書兼同意書)

接種日翌日から1年以内【最終  
申請期限:令和7年4月10日  
(必着)】に申請してください。

尼崎市長様

乾燥弱毒生風しん又は乾燥弱毒生麻しん・風しん混合ワクチンを接種しましたので、必要書類を添付し接種費用の助成を申請します。また、尼崎市が申請書類、添付書類の内容及び申請者等の要件を確認するため、必要に応じて市が保有する個人情報を見ることが及び調査すること、並びに医療機関に照会することに同意します。

申請年月日 令和 年 月 日

(審査後に交付決定通知書を申請者住所宛に送付しますが、別の送付先を希望される場合は下記に記載願います。)

申請者 住所:  
氏名: (続柄)  
電話:( ) -  
(申請者は、接種者本人又は同一世帯の者に限る。)

〒  
住所:  
氏名:

フリガナ		助成対象区分	ニ崎市に接種日現在で住民登録があり、以下に該当する方 <input type="checkbox"/> ① 風しんの抗体が十分でない妊娠を希望する女性(将来の妊娠を含む) <input type="checkbox"/> ② ①の同居者のうち風しんの抗体が十分でない方 <input type="checkbox"/> ③ 風しんの抗体が十分でない妊婦の同居者のうち風しんの抗体が十分でない方
接種者氏名			
住所	尼崎市	抗体検査の結果	抗体検査の結果、抗体価が <input type="checkbox"/> HI法で16倍以下 <input type="checkbox"/> EIA法でEIA価が8.0未満 <input type="checkbox"/> その他( ) ※ 抗体検査の結果の写しを添付すること(上記抗体価の場合のみ助成対象)
生年月日	年 月 日		
生活保護及び中国残留邦人等受給者番号	No. (該当する場合のみ記入) ※ 受給証等の証明書を添付すること		

助成対象区分が②又は③に該当する場合は、「妊娠を希望する女性」又は「妊婦の方」についてご記入ください。

フリガナ		抗体検査の結果	抗体検査の結果、抗体価が <input type="checkbox"/> HI法で16倍以下 <input type="checkbox"/> EIA法でEIA価が8.0未満 <input type="checkbox"/> その他( ) ※ 抗体検査の結果の写しを添付すること(上記抗体価の場合のみ助成対象)
氏名			
生年月日	年 月 日		

予防接種を行った領収書に基づき、ご記入ください。(予防接種の領収書の写しを添付すること。)

接種年月日	年 月 日	接種ワクチン	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生風しん単独ワクチン <input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生麻しん・風しん混合ワクチン(MR)
接種した医療機関名		申請金額	円 ※上限2,500円 (金額訂正不可) ※ただし、生活保護・中国残留邦人等の方は全額助成

振込先金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	種別	普通 当座 貯蓄
フリガナ		口座番号		
口座名義人				
委任状	私は、上記請求代金の振込先について、私の名義ではない口座を指定していますが、この口座振込をもって支払の効力が生じることについて、異議ありません。 令和 年 月 日 接種者氏名 _____			
※申請者と口座名義人が異なる場合は、記入・押印してください。				

※申請に必要なものの確認

- 尼崎市風しん予防接種費用助成申請書
- 予防接種の領収書の写し
- 抗体検査結果の写し  
※ 助成対象区分①は、接種者の抗体検査の結果が必要です。②③の場合は、接種者と併せて「妊娠を希望する女性」又は「妊婦の方」の抗体検査の結果も必要です。
- 振込先に指定した金融機関の口座番号や口座名義がわかるものの写し
- 接種者の氏名や住所が確認できる運転免許証などの写し ※生活保護受給者もしくは中国残留邦人等の方は受給証明書類等

市処理欄	令和 年 月 日	課長	係長	係	公印	交付決定額
	<input type="checkbox"/> 承認します。 <input type="checkbox"/> 承認しません。					円

※接種者と口座名義人が異なる場合の委任状です。

委任状	
※接種者と口座名義人が異なる場合は、記入してください。	私は、上記請求代金の振込先について、私の名義ではない口座を指定していますが、この口座振込をもって支払の効力が生じることについて、異議ありません。 令和      年      月      日      接種者氏名 _____