

印  
こちらにも必ず押印してください

個人申請用

様式第1号

申請日を記入してください

平成 年 月 日

(あて先) 宇都宮市長

〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇

住所 宇都宮市

必ず押印してください  
※朱肉を使うタイプの印

氏名

印

電話

風しん抗体陰性者予防接種補助金交付申請書

風しん抗体陰性者予防接種補助金の交付について、宇都宮市補助金等交付規則第3条の規定により、下記のとおり申請します。

記

【接種区分（該当する番号に○をつけてください）】

風しんにかかったことがない方及び風しん予防接種を受けたことがない方で

- (1) 妊娠を予定している又は妊娠を希望している女性
- (2) (1)の女性の配偶者などの同居者
- (3) 妊娠している女性の配偶者などの同居者

上限3,000円

交付申請額 \_\_\_\_\_ 円

添付書類

- 1. 風しん予防接種補助金交付請求書（様式第3号）
- 2. 領収書（原本）
- 3. 予診票の写し
- 4. 風しん抗体検査結果通知書の写し（下記の証明欄に証明がある場合は不要）
- 5. 通帳の口座番号が分かるものの写し

【風しん抗体検査 結果票】

※ 医療機関で記入してください。ただし、上記「4. 風しん抗体検査結果通知書の写し」がある場合は記入不要です。

※ 補助対象となるのは、EIA法の場合8.0未満、HI法の場合1.6倍以下です。

検査受診者名			
検査日	平成 年 月 日	検査結果 (※)	EIA法 EIA価 _____ HI法 _____倍
上記のことを証明します。			
平成 年 月 日			
所在地 名称 医師名			
印			

〔注意事項〕 申請受付は、接種後6か月以内のものに限ります。