

令和 年 月 日

風しんワクチン接種費用助成申請書
兼代理受領に関する委任状

申請先 市・町 長 様

風しんワクチン接種に係る助成金の交付について、次のとおり申請するとともに、記載事項について、住民票地において、住民基本台帳等により確認することに同意します。
また、助成金の受領に関しては、接種を受けた医療機関に委任します。

申請者（署名又は記名押印）

住 所

(ふりがな)

氏 名

電話番号

生 年 月 日 年 齢	年 月 日 生 歳(接種日現在)	接種医療機関での確認事項	
助成対象者区分 (いずれかに✓)	☐ 妊娠を希望する女性	風しん抗体検査実施機関名： ()	
	☐ 妊娠を希望する女性の配偶者	風しん抗体検査年月日： (年 月 日)	
	☐ 妊婦の配偶者	風しん抗体検査結果：(裏面参照)	
	☐ 妊娠を希望する女性の同居者	検査方法	
	☐ 妊婦の同居者	HI 法・EIA 法・ELFA 法・LTI 法・ ICLEIA 法・FIA 法・CLIA 法	
		抗体価	単 位
		倍・ EIA 価・ IU/mL その他 ()	

*太線の中を記入してください。

*助成金の上限額は、(1) 麻しん風しん混合ワクチン 10,076 円、(2) 風しんワクチン 6,534 円です
接種医療機関記入欄

接種日	令和 年 月 日	ワクチン 製造会社名		
ワクチン名	Lot No.		接種量 (皮下注射)	mL
医療機関	名称	所在地	医師名	