別記様式第１（第５条関係）

知立市風しんワクチン（任意）予防接種助成事業申請書兼請求書

年　月　日

知立市長　様

申請者　住　所
（接種者）氏　名
電話番号

知立市風しんワクチン（任意）予防接種助成事業実施要綱第５条の規定により申請いたします。なお、この申請に基づく助成決定に係る世帯区分認定に必要な私及び私の属する世帯の者に係る知立市が保有する公簿等を閲覧調査すること又、接種医療機関へ接種に関する内容について調査することを同意します。

<table>
<tr><td colspan="3">（フリガナ）</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">生　年　月　日</td><td>年齢</td><td>性別</td></tr>
<tr><td colspan="3">接種を受けた方の氏名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">昭和・平成　　年　　月　　日</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">対象区分
（該当する項目の番号を囲んでください。）</td><td colspan="2">世帯区分</td><td>1</td><td>一般
（２番以外の人）</td><td>2</td><td colspan="3">市民税非課税世帯及び生活保護受給世帯</td></tr>
<tr><td colspan="2">対象者</td><td colspan="5">A　妊娠を予定、又は希望する女性（愛知県風しんワクチン補助金事業対象）
B　妊娠を予定、又は希望するA以外の女性
C　妊娠を予定、又は希望する女性の夫、妊婦の夫などの同居者</td></tr>
<tr><td colspan="2">風しん抗体判定結果
（裏参照）</td><td colspan="5">□　ＨＩ法　16倍以下　　□　ＥＩＡ法　8.0未満（ＥＩＡ価）
□　EIA法　国際単位30IU/ml未満　□ELFA法　45IU/ml未満　　□ＬＴＩ法　30IU/ml
□　ＦＩＡ法（バイオ・ラッド）30IU/ml未満　　□ＥＬＦＡ法（シスメックス）45IU/ml未満
□　ＣＬＥＩＡ法（ベックマン）　45　□ＣＬＥＩＡ法抗体価　14未満
□　ＦＩＡ法（抗体価ＡＩ）　3.0未満　　□CLIA法　25IU/ml未満
□　LTI法　35IU/ml未満　□ICA法　陰性</td></tr>
<tr><td colspan="3">接種に関すること</td><td colspan="2">（医療機関名称）</td><td colspan="2">（接種年月日）
年　月　日</td><td colspan="2">（接種費用）
円</td></tr>
<tr><td rowspan="5">振込み口座</td><td colspan="2">金融機関</td><td colspan="2">銀行・信用金庫
信用組合</td><td colspan="2">支店
支所</td><td colspan="2">（請求金額）※
円</td></tr>
<tr><td colspan="2">金融機関コード</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">支店コード</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">預金種目</td><td colspan="2">1　普通　　2　当座</td><td colspan="2">口座番号
（右づめ）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">口座名義</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

＊申請者氏名と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任状に申請者の記名が必要となります。

私は上記口座名義人に知立市風しんワクチン（任意）予防接種助成事業の助成額の受け取りを上記口座名義の者に委任いたします。

年　月　日　　申請者氏名

＊添付書類
・領収証原本（予防接種を受けた者の氏名、接種費用の額、ワクチン名、接種医療機関名及び接種日の記載があるもの）
・風しん抗体検査の結果がわかるもの（コピー可）
・その他市長が必要と認めるもの

受付者	申請履歴	健管番号
	なし・あり （あり⇒　申請不可）	

※世帯区分２の人は助成額の上限が１万円、世帯区分１の人（世帯区分２以外の人）は上限５千円となります。