

鶴岡市長様

## 令和 5 年度 鶴岡市風しん予防接種費用償還払申請書

《申請者(同意者)》 住 所 鶴岡市

氏 名

生年月日 昭・平 年 月 日 ( 歳)

電話: 自宅 / 日中連絡先

《代理申請》 住 所

氏 名 続柄

令和5年度 鶴岡市風しん予防接種費用助成事業実施要綱第 9 条に基づき、必要書類を添え償還払を申請します。なお、申請内容について市が保有する個人情報について閲覧・調査すること及び医療機関に問い合わせることに同意します。

※該当する番号に○をつけてください(検査の実施区分)

1	妊娠を希望している 28~50 歳(令和 5 年 4 月 1 日時点)の女性
2	抗体価が不十分であると判定された上記 1 の夫及び同居家族
3	妊婦(妊娠前あるいは妊婦健診風しん検査で抗体価が不十分である、また妊婦健診結果判定前である妊婦)の夫及び同居家族

※下記に記入、及びワクチンの種類に☑をつけてください。

令和 5 年 4 月 1 日以降、鶴岡市以外(実施市町村名: )で抗体検査・ワクチン接種を受けた			
*抗体検査実施日	年 月 日	*ワクチン接種日	年 月 日
			申請額
*抗体検査	<input type="checkbox"/> HI 法、LTI 法等 上限 5,423 円	<input type="checkbox"/> EIA 法等 上限 6,952 円	円
*ワクチン接種	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン(MR) 上限 10,150 円		円
	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン 上限 6,660 円		
合計申請額			円

※振込先

金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店・出張所 出張所	請求番号 (英数カナ 5 字まで)				
預金種別	1 普通 2 当座 3 その他	口座番号					
ゆうちょ銀行の場合は 5 桁の記号と 8 桁の番号を記入							
口座人名義 (カナ)							

《担当課記入欄》

受理者	受理年月日	決定交付日 ( 交付 ・ 不交付 )	決定金額	受付No.	システム入力 済✓
	年 月 日	年 月 日	円		