

受付番号

提出期限 2026年3月31日(必着)

令和7(2025)年度 倉敷市風しん予防接種費用償還給付申請書

令和 年 月 日

倉敷市長 あて

風しん予防接種費用助成の給付を受けたいので、書類を添えて申請します。

なお、助成対象者であることを確認するため、倉敷市が住民基本台帳を閲覧することや、医療機関へ確認することに同意します。(※申請者は被接種者本人か成年後見人のみです。)

過去に当該助成制度を利用したことがある					有	・	無	※有に○がついた方は助成対象外です		
申請者 (被接種者 又は 成年後見人)	住所	〒								
	フリガナ								()	
	氏名	被接種者との続柄(本人・成年後見人)							電話番号	-
被接種者 (予防接種を受 けた人)	住所									
	フリガナ								生年月日	昭和・平成 年 月 日
	氏名	(男・女)								
接種に要した 費用	円	接種日	令和	年	月	日	予防接種 の種類	<input type="checkbox"/> 風しん単独 <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合		

(助成額の上限は、麻しん風しん混合ワクチン7,000円、風しん単独ワクチン5,000円です)

振込先

金融機関	銀行 金庫 農業協同組合							店 支店 出張所
口座	店番号		口座番号					
預金種別	普通・当座		口座名義人(カナ)					

【委任欄】※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。

私は、上記の口座名義人に、風しん予防接種費用助成給付金受領の権限を委任します。

令和 年 月 日

申請者氏名

対象確認	被接種者は次の①～③のうち、何番に該当しますか → ()
	①妊娠を希望する女性
	②①の同居者
	③風しん抗体価が十分でない妊婦の同居者

※その他条件があります。確認のうえ、申請してください。添付書類は裏面参照。

(倉敷市処理欄) 受付時に太枠を記入

本人確認	受付日	受付職員	審査結果	確認者	検査方法・結果
<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 代理人持込 <input type="checkbox"/> その他()			承認 不承認		<input type="checkbox"/> HI法 EIA 価 <input type="checkbox"/> EIA法 () 倍未満 <input type="checkbox"/> LA法 IU/ml 未満

受付場所 保 児 玉 水 真

【 添付書類 】

□ 領収書（原本）

予防接種を受けた人の氏名、領収額、接種日および領収日の記載がされていて、風しん（麻しん風しん混合）の予防接種料金であることが記載されているもの。

□ 明細書（予防接種済証は不可）

領収書に風しん（麻しん風しん混合）の予防接種料金であることが記載されていない場合必要。

□ 風しん抗体価がわかるもの

- ・抗体検査の結果通知、妊婦健診の記録等（接種日前1年以内のもの）で、検査をした人の氏名、検査日、検査方法（HI法、EIA法、LA法）、検査数値が記載されているもののコピー。
- ・表面【対象確認】の③に該当する場合は、妊娠されている方の抗体価がわかるものも必要です。
- ・無料抗体検査を受けた場合は、「風しん抗体検査申込（問診）票」の本人控。（ピンク色の紙）

また、検査結果氏名と申請時で名前が変わっている場合は、氏名変更がわかるもの（免許証等）を持参してください。

※助成対象となる抗体価を確認のうえ申請してください。

領収書・明細書添付欄 （その他書類はホッチキス留め）

--