

京田辺市予防接種費助成申請書

(あて先) 京田辺市長

京田辺市予防接種費助成要綱に基づく予防接種費の助成を申請します。

年 月 日

申請者	氏名	(男・女)		
	住所	〒		
	電話番号		生年月日	年 月 日
予防接種名	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン (MR) <input type="checkbox"/> 風しんワクチン (R)			
医療機関	住所			
	名称			
接種日	年 月 日			
接種費用	円			

※ 該当する場合は☑を記入してください。

抗体検査を受け、風しん抗体価が低かった (検査結果値) _____

風しんにかかったことがない

風しん又はMR (麻しん風しん混合) 予防接種を受けたことがない、または接種歴が1回

抗体価の低い妊婦の同居者で、抗体検査等により抗体価の低い者 (該当する場合は以下も記入)

母子手帳 (抗体価検査結果の記入のある箇所) の添付の有無

同居の状況のわかる書類等の添付の有無

運転免許証・健康保険証・郵便物・その他 ()

領収書の返還

希望する (助成決定通知書と一緒に返却します)

希望しない

※市民税課税状況等調査承諾について (自己負担免除申請者のみ)

全額自己負担免除のため、世帯状況及び課税状況等について調査されることを承諾します。

令和 年 月 日 【氏名】