

## 岡山市妊娠希望者への風しん予防接種費用助成金償還払申請書

令和 4 年 4 月 1 日

岡山市長 様

岡山市妊娠希望者への風しん予防接種費用助成事業による助成金の償還払いを受けたいので、次のとおり必要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、岡山市が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

I II: 当てはまるものに○をしてください。 III: 太枠内を記入してください。

I	過去に当該事業による償還払いを受けたことがある。	<input checked="" type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有	※ 過去に当該事業による償還払いを受けたことがある場合、対象外となります。			
II	女性	男性					
	<input checked="" type="radio"/> ①妊娠を希望している。	<input type="radio"/> ②相手の女性が妊娠を希望している。	<input type="radio"/> ③相手の女性が妊娠中である。				
III	フリガナ	オカヤマ ハナコ		生年月日	昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成		
	氏名	岡山 花子 (印)			5年 5月 5日		
	住所	(〒 - ) 岡山市 北区 鹿田町1-1-1				日中 連絡のつく電話番号を記載して下さい	
	連絡先	( *** ) ★★★★★ - ☆☆☆☆					
振込先	金融機関名	岡山 <input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 金庫 <input type="radio"/> 農協		本店 <input type="radio"/> 支店 <input checked="" type="radio"/> 出張所・支所			
	預金種別	<input checked="" type="radio"/> 普通	口座名義人 ※申請者と同一人でない場合、裏面も記入	フリガナ	オカヤマ タロウ		
		<input type="radio"/> 当座		氏名	岡山 太郎		
口座番号	△	▲	△	▲	△	△	←左詰で記入
申請金額	金 7,000 円						

注意：麻しん・風しん混合(MR)ワクチン接種の場合は助成金額の上限は7,000円、風しん単独ワクチンの場合は助成金額の上限は4,000円です。

なお、ワクチン接種料金が上限額未満の場合は、ワクチン接種料金と同額が助成金額となります。

※ 添付書類 (①, ②とも原本を提出してください。返却希望の場合は、お申し出いただければ原本確認後に返却いたします。)

① 風しんの抗体価が分かるもの(抗体検査の結果通知等)

※ 女性の場合、抗体価がHI法で32倍未満又は同程度とみなされること。

※ 男性の場合、抗体価がHI法で16倍未満又は同程度とみなされることに加え、

パートナーの女性の抗体価がHI法で32倍未満又は同程度と分かる書類も添付すること。

② 領収書(ただし以下の記載があるものに限る。)

・ ワクチン接種料金である旨の記載があること。

・ 被接種者氏名が記載されていること。

・ 接種日及び領収日が記載されていること。

岡山市処理欄

※こちらには記入しないでください。

受理年月日	抗体価確認	有・無	助成金支給履歴	有・無
	領収書確認	有・無		
	審査結果	承認・不承認	決定金額	円
	確認者			

※こちらの面は、申請者と口座名義人が異なる場合のみ記入してください。

委 任 状	風しん予防接種費用助成金の受領に関する権限を、下記代理人に委任します。	
	年 月 日	
	申請者 (被接種者)	住所 <b>岡山市北区鹿田町1-1-1</b>
		氏名 <b>岡山 花子</b> (印)
	代理人	住所 <b>岡山市北区鹿田町1-1-1</b>
		氏名 <b>岡山 太郎</b> (印)