（第1号様式）

船橋市風しん予防接種費用助成申請書

捨　印
船橋

（宛先）船橋市長

【申請日】　西暦 20 **24** 年 **4** 月 **30** 日

下記のとおり風しん予防接種費用助成について申請します。
なお、申請者氏名と口座名義人が異なる場合は受領を口座名義人に委任します。また、申請内容について市が保有する個人情報を閲覧・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。

※消えるボールペン及び修正テープの使用は不可　　**※予防接種を受けた時に船橋市に住民票がある方のみ**

ふりがな	**ふなばし　たろう**	生年月日	西　暦 **1988** 年 **5** 月 **10** 日
申請者氏名（接種を受けた方）	**船橋　太郎**　（船橋）		
住所	〒 **273-8506** 船橋市 **北本町1-16-55**	電話番号	**047（409）3836**
助成対象の区分（1～3のうち該当する□に✔）	風しん抗体検査で抗体価が十分 … HI法：32倍未満 または EIA法-IgG：8．0未満） 1．☐　妺娠を希望する女性 … 受けられません） 2．☑　妺娠を希望する女性の配偶者（※1） 3．☐　抗体価が十分でない妺婦の配偶者 昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性で、抗体価がHI法で8倍以下相当の方は対象外。		
受検した風しん抗体検査の種類（4～8のうち該当する□に✔）	4．☑　船橋市が実施する風しん抗体検査 5．☐　千葉県・千葉市・柏市が実施する公的な風しん抗体検査 6．☐　上記4、5以外の都道府県または市区町村が実施する公的な風しん抗体検査 7．☐　妺婦健康診査時の風しん抗体検査 8．☐　医療機関等で実費で受けた風しん抗体検査（※2）➡（※2）この場合は抗体検査の助成申請も必要です）		

（※1）婚姻の届け出をしていないが、事実上婚姻関係にある方を含みます。

捨印はこの印と同じ印を使用してください。

接種医療機関名	**船橋保健所クリニック**	接種年月日	西暦 **2024** 年 **4** 月 **10** 日

接種を受けたワクチンの種類（該当する□に✔）		A：領収書の金額（税込）	B：船橋市の助成上限額	助成額
☑	MR（麻しん風しん混合）ワクチン	**10,000** 円	6,700円	
☐	風しん単独ワクチン	円	4,400円	

この場合の助成額は6,700円となります。

【振込先】

金融機関名	**菜の花**　（銀行）・金庫・組合・農協				支店名	**カザグルマ**　（支店）・出張所							預金種別（該当する□に✔）☑ 普通　☐ 当座				
金融機関コード	0	0	0	2	支店番号	1	1	1	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	
フリガナ	**フナバシ　タロウ**																
口座名義人	**船橋　太郎**																

【必要書類】

① 船橋市風しん予防接種費用助成申請書（本様式）	必須
② 医療機関の領収書（原本）※写しは不可。必ず原本をご提出ください。	必須
③ 予防接種を受けた申請者ご本人の風しん抗体検査の結果が確認できる書類等の写し（妺婦健診で受検した方は母子健康手帳の該当ページのコピーでも可）	必須
④（口座名義や領収書の宛名等が旧姓の場合）免許証の裏書等、新姓と旧姓が確認できるものの写し	該当する方のみ

【申請方法】上記必要書類を健康づくり課まで持参又は郵送してください。
【申請期限】令和7年3月31日（必着）

※助成回数は1人につき1回限りです。過去に助成を受けた方は対象外です。
※予防接種後2年以内のものに限ります。
※申請内容を確認後、2か月以内を目安に助成金を振込みます。
※領収書原本の返却を希望する場合は、切手を貼付した返信用封筒をご提出ください。

【郵送先・問い合わせ先】
〒273－8506
船橋市北本町1－16－55
船橋市　健康づくり課　予防接種係
TEL　047－409－3836

【市担当者記入欄】

交付決定額					円

⬅ こちらには記入しないでください。