

(第1号様式)

船橋市風しん予防接種費用助成申請書

捨 印

(宛先)船橋市長

【申請日】 西暦 20 年 月 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開覧・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

Form with fields for applicant name, birth date, residence, and vaccination details. Includes checkboxes for eligibility criteria and a note about medical institution fees.

(※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。

Table showing vaccination medical institution name, date, and cost breakdown (A: receipt amount, B: subsidy limit).

Form for bank information including financial institution name, branch, and account type.

Table listing required documents (必要書類) such as the application form, medical receipts, and vaccination records.

【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

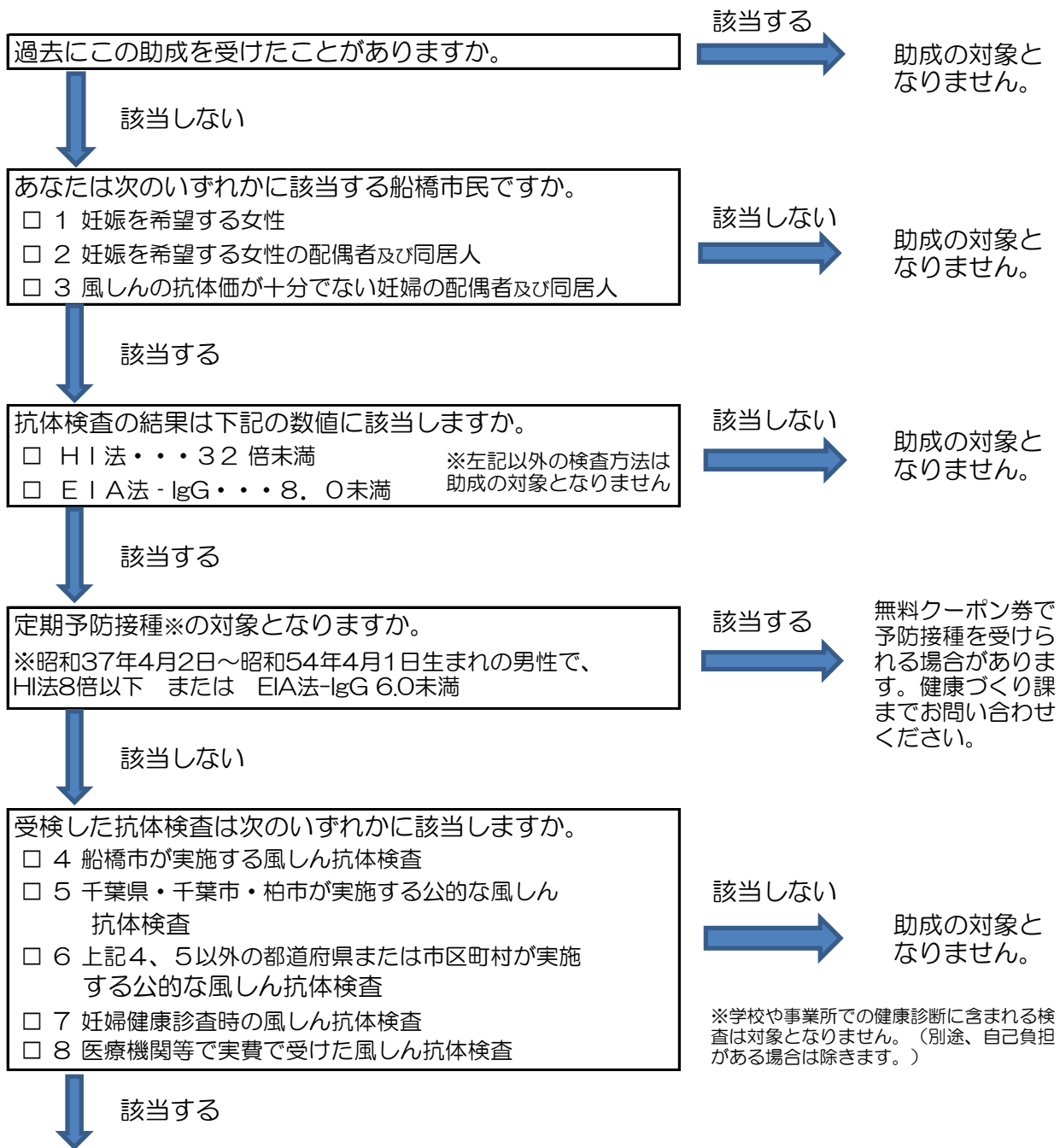
【市担当者記入欄】

Field for recording the payment amount (交付決定額).

← こちらは記入しないでください。

対象者確認フローチャート

令和6年4月1日現在



「船橋市風しん予防接種費用助成制度」の対象となります。
予防接種を受けた後、【必要書類】(裏面参照)を船橋市健康づくり課へご提出ください。

※上記8に該当する場合は、船橋市風しん抗体検査費用の助成を受ける必要があります。詳しくは、以下のURLまたは二次元コードをご参照ください。

<https://www.city.funabashi.lg.jp/kenkou/iryuu/006/03/p029636.html>



船橋市風しん抗体検査について