様式第１号

年　　月　　日

坂井市長　　様

申請者
住所
氏名　　(※)
(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください
電話番号

坂井市風しん予防接種費助成金交付申請書兼請求書

補助金等の交付を受けたいので、坂井市補助金等交付規則、坂井市健康福祉部健康増進課所管補助金交付要綱及び坂井市風しん予防接種費助成金事務取扱要領の規定により、次のとおり申請します。

なお、市に対して納付又は納入すべき税の納付状況について市長が調査すること、接種した医療機関等に問い合わせすることに同意します。

1 補助年度		令和８年度
2 補助金等の名称		坂井市風しん予防接種費助成金
3 補助事業等	(1) 名称	坂井市風しん予防接種費助成事業
	(2) 目的	風しんの流行抑制と先天性風しん症候群の発生予防を目的とする
	(3) 被接種者の氏名と生年月日	(　　年　　月　　日生)
	(4) 被接種者住所	
	(5) 接種者区分	1　妊娠を予定または希望しており、風しん抗体価が低い 2　風しん抗体価が低いと判定された妊婦と同居しており、風しん抗体価が低い 妊婦との続柄 ＿＿＿＿　妊婦氏名 ＿＿＿＿＿＿ 出産予定日 　　年　　月　　日
	(6) 接種年月日	年　　月　　日
	(7) 接種医療機関名	
	(8) 接種ワクチン	1　麻しん風しん混合ワクチン　　2　風しんワクチン
	(9) 接種費	円
4 補助金等の交付申請及び請求額		円
5補助金等の振込先	金融機関名・支店名	
	口座種別	普通　・　当座
	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人	
6 添付書類 (提出する書類の□欄をﾁｪｯｸ(☑)してください。)		□医療機関の領収書（原本、当該接種に要した額がわかるもの） □予防接種を受けたことを証明する書類（領収書に、接種日・ワクチン名・医療機関名がある場合は不要） □被接種者の風しん抗体価が「低い」と証明できるもの □母子健康手帳と妊婦の風しん抗体価が「低い」と証明できるもの（妊婦の同居家族が接種を受けた場合） □その他市長が必要と認める書類 （通帳の写し等振込口座が確認できるもの、生活保護受給証明書）

担当課所見　（注：申請者の記入不要）

審査事項	□自己財源　□他補助金等の有無（国県、他市町村、団体、無）　□補助対象等事業費 □市税納付状況　□補助金等の額　□市内に住所を有する者