

吉野川市（成人）風しん予防接種費用助成金交付申請書

(受付No.)

ふりがな		性別	生 年 月 日
被 接 種 者 氏 名		男・女	年 月 日 (満 歳)
		電話番号	
住 所	吉野川市		
任意で受ける 予防接種の種類	麻しん風しん混合ワクチン ・ 風しん単抗原ワクチン		
申請の理由	風疹抗体検査にて陰性と判定されたため		
接 種 医 療 機 関	(風しん予防接種実施医療機関名)		
注 意 事 項	<p>(1) この助成金により接種を受ける予防接種は、予防接種法に基づく予防接種ではなく、任意で受ける予防接種であり、市は本予防接種にかかる接種費用のみを負担し、健康被害発生時等その他一切の責任を負いません。</p> <p>(2) 任意で受けた予防接種により健康被害が発生した場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済制度が適用されます。</p>		

助成金の交付を受けたいので、吉野川市（成人）風しん予防接種費用助成金交付要綱第6条の規定により、上記のとおり申請します。なお、申請にあたっては、上記の注意事項を理解し、異議ありません。

年 月 日

吉野川市長 様

申請者 住 所 吉野川市

氏 名

確 認 欄	該 当 項 目	(1) ア ・ イ	(2)
	抗体検査実施日	年 月 日	
	予 防 接 種 実 施	年 月 日	
	添 付 書 類	抗体検査結果	接種済書 領収書