

阿南市成人風しん予防接種費用助成金交付

（代理受領委任払）申請書兼請求書

年 月 日

阿南市長 宛て

風しん又は麻しん・風しん混合予防接種を受けますので、阿南市成人風しん予防接種費用助成事業実施要綱第7条第1項の規定により、次のとおり助成金の交付を申請します。

なお、助成金の請求及び受領については、下欄記載の提携医療機関に委任します。

住 所	阿南市				抗体検査結果	(HI法16倍以下に相当する抗体価であること) 法
助成対象者 氏名	Ⓜ				男 ・ 女	
生年月日	年 月 日	年齢	歳	連絡先	()	

※ 平成30年度以降に助成を受けた方は対象外となります。

【注意事項】

- 1 予防接種を受ける提携医療機関へ提出してください。
- 2 この予防接種は定期接種ではありません。接種を希望される方が対象となる任意の予防接種です。
- 3 万が一予防接種の副作用によって接種者に健康被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）に基づく救済制度により、医療費等を請求することになります。
- 4 接種者本人がワクチンの有効性や安全性を十分に理解した上で、予防接種を受けてください。

※ 以下の欄は、提携医療機関が記入してください。

使用ワクチン名	接種量	提携医療機関名・予防接種実施医師名・年月日	
ワクチン名 Lot No.	(皮下接種) ml	提携医療機関名 予防接種実施医師名 予防接種実施年月日	年 月 日