

年 月 日

(宛先)加賀市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号 - -
※確認(保険証・免許証)

加賀市風疹任意予防接種費用助成金交付申請・実績報告兼請求書

加賀市風疹任意予防接種費用助成金交付要綱に基づき必要書類を添えて、次のとおり任意風疹ワクチン接種費用の助成を申請します。

申請金額 (<input checked="" type="checkbox"/> する)	<input type="checkbox"/> 3,000円(風疹単抗原ワクチン) <input type="checkbox"/> 5,000円(麻疹風疹混合ワクチン)			
(<input checked="" type="checkbox"/> する)	<input type="checkbox"/> 昭和54年4月2日から昭和62年10月1日までの間に生まれた方 <input type="checkbox"/> 妊婦の配偶者その他の同居者 (風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 妊娠希望者 (風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)			
被接種者	フリガナ	男・女	生年月日	昭和・平成
	氏 名			年 月 日 ()歳
	住 所	電話番号		
振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合	本 店 支 店 支 所	
	ゆうちょ銀行 (郵便局)	店 名		
	預金種別	普通・当座	フリガナ	
	口座番号	口座名義人		

[同意]

私は、加賀市長が風疹任意予防接種費用助成に係る事務を行うに当たり、住民基本台帳を閲覧すること、医療機関作成の領収書に対し、その医療機関に内容等の問い合わせをすることに同意します。併せて、裏面の記載を理解した上で、助成申請します。

被接種者氏名

※確認事項

1 助成対象者

住民基本台帳法の規定に基づき本市の住民基本台帳に記載されている者であり、かつ、次のいずれかに該当するもの

- (1) 昭和54年4月2日から昭和62年10月1日までの間に生まれた者
- (2) 妊婦の配偶者その他の同居者

現に妊娠中である女性と婚姻関係にある(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。)男性その他の生計を一にする同居者

- (3) 妊娠希望者

予防接種時において、満50歳未満の者であって、既婚、未婚に限らず、妊娠を予定し、又は希望している女性

2 助成除外者

- (1) 妊娠中の者
- (2) 風疹の罹患履歴のある者
- (3) 1歳以上で予防接種履歴が2回以上ある者
- (4) 風疹に係る定期予防接種第1期から第4期の対象者であって、いずれか1回の接種履歴のある者。

ただし、風疹ウイルス抗体検査の結果、次のいずれかに該当する者は除く。

ア HI法で抗体価が16未満の者又はその他の検査による抗体価が同等の者

イ 風疹予防接種が勧奨される対象者として医師から推奨される者

- (5) 麻疹風疹混合ワクチン第5期の接種者
- (6) 加賀市暴力団排除条例第2条第3号に規定する暴力団員及び当該暴力団員と密接な関係にあるもの

3 健康被害時の対応

独立行政法人医療品医療機器総合機構法による「医療品副作用被害救済制度」、「生物由来製品感染等被害救済制度」に基づく救済の対象となります。