

様式第 1 (第 4 条関係)

安城市おたふくかぜ予防接種費用助成申請書 (令和 8 年度)

安城市長

安城市おたふくかぜ予防接種費用助成について、下記のとおり申請します。

なお、申請内容について、必要に応じて市が保有する予防接種台帳及び住民基本台帳を閲覧すること並びに医療機関に問い合わせることに同意します。

記

申 請 日 (接 種 日)		年 月 日
申 請 者 (保 護 者)	ふりがな	
	氏 名	
	住 所	安城市
	電 話 番 号	
被 接 種 者 (予 防 接 種 を 受 け る 子)	ふりがな	
	氏 名	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ。 安城市
	生 年 月 日	年 月 日

予防接種	対 象	限度回数	助成額/回
おたふくかぜ	1 歳～小学校就学前 (年長児相当) (1 歳～令和 3 (2021) 年 4 月 1 日生)	2 回	2, 0 0 0 円

※助成額は、医療機関の窓口で接種費用から差し引かれます。

【接種医療機関記入欄】

接種年月日	年 月 日
実施医療機関名	

〈医療機関の方へ〉

・母子健康手帳、子ども医療費受給者証等で、住所、年齢、おたふくかぜの予防接種回数をご確認ください。

・接種年月日、医療機関名を記入 (ゴム印可) し、実績報告書とともに市へ提出してください。