

## 風しんワクチン予防接種費用助成申請書

令和 年 月 日

(あて先) 甲 府 市 長

次のとおり、風しんワクチン予防接種について、当該ワクチン接種費用に係わる助成券兼予診票の交付を申請します。

については、助成券兼予診票の交付の適正を判断するために、住民基本台帳及びその他必要な調査について同意します。

ワクチン接種を受ける方

郵便番号	
住所	
ふりがな	
氏名	
性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日 ( 歳)
電話番号	( )

(注1) 申請書は、インク又はボールペン等で記入して下さい。

(注2) **風しん抗体価を確認できる書類を持参してください。**

**【個人情報の取扱いについて】**

個人情報は、個人情報の保護に関する法律に基づき適正に取り扱います。  
目的外に使用することはありません。

**【問い合わせ先】**

〒400-0858 甲府市相生2-17-1  
甲府市健康支援センター (甲府市保健所2階)  
医務感染症課 予防接種担当  
電 話 055-237-2587

# 風しんワクチン予防接種費用助成申請書

## 記入例

令和 8年 4月 1日

(あて先) 甲 府 市 長

次のとおり、風しんワクチン予防接種について、当該ワクチン接種費用に係わる助成券兼予診票の交付を申請します。

については、助成券兼予診票の交付の適正を判断するために、住民基本台帳及びその他必要な調査について同意します。

ワクチン接種を受ける方

**住所地と助成券の送付先が異なる場合、**  
両方の住所を記入ください。  
※助成券が届くよう、マンション・アパート名、  
部屋番号、方書など確実に記入してください。

郵便番号	400-0858
住所	〒400-0858 甲府市相生2-17-1 甲府市健康支援センター
	(送付先) 〒400-8585 甲府市丸の内1-18-1 〇〇方
ふりがな	ほけん はなこ
氏名	保健 花子
性別	男 ・ (女)
生年月日	平成 2年 6月 10日 (31歳)
電話番号	055 (237) 2587

(注1) 申請書は、インク又はボールペン等で記入して下さい。

(注2) **風しん抗体価を確認できる書類を持参してください。**

### 【個人情報の取扱いについて】

個人情報は、個人情報の保護に関する法律に基づき適正に取り扱います。  
目的外に使用することはありません。

### 【問い合わせ先】

〒400-0858 甲府市相生2-17-1  
甲府市健康支援センター (甲府市保健所2階)  
医務感染症課 予防接種担当  
電 話 055-237-2587