

## 南部町風しん抗体検査及び予防接種費用助成申請書

令和 年 月 日

南 部 町 長 殿

〒

申請者 住 所 .....

氏 名 .....（続柄 .....

連絡先 .....

南部町風しん予防接種等費用助成事業実施要綱第8条の規定により、下記のとおり申請します。また、この申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、南部町が調査することに同意します。

|                            |                                                                                                                                                                                                                    |  |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| （フリガナ）<br>受ける方の氏名          |                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 生 年 月 日                    | 昭和 年 月 日 （ 歳）<br>平成                                                                                                                                                                                                |  |
| 住 所                        | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ                                                                                                                                                                                    |  |
| 希 望 理 由                    | <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性<br><input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の同居家族 （女性氏名 .....）<br><input type="checkbox"/> 妊婦の夫 （妊婦氏名 ..... 抗体検査結果 .....）<br><input type="checkbox"/> 妊婦の同居家族（妊婦氏名 ..... 抗体検査結果 .....） |  |
| 妊娠中に風しん<br>検査を受けた方         | 検査月日 年 月 日<br>病院名 ..... 抗体検査結果 .....                                                                                                                                                                               |  |
| 過去に風しん抗体検査を受けたことはありますか。    | 有 ・ 無 ・ 不明                                                                                                                                                                                                         |  |
| 過去に風しんの予防接種を2回受けたことはありますか。 | 有 ・ 無 ・ 不明                                                                                                                                                                                                         |  |
| 過去に風しんにかかったことはありますか。       | 有 ・ 無 ・ 不明                                                                                                                                                                                                         |  |
| 現在、妊娠している可能性はありますか。（女性のみ）  | 有 ・ 無                                                                                                                                                                                                              |  |
| 備 考                        |                                                                                                                                                                                                                    |  |

## 《添付書類》

- ・ 妊婦の夫及び妊婦の同居家族は、当該妊婦の母子健康手帳をご持参ください
- ・ 風しん抗体検査を受けたことがある方は、抗体検査の結果がわかる書類の写し（申請日よりおよそ1年以内に検査したもので、検査方法・抗体価がわかるもの）
- ・ 妊婦の夫の申請において、妊婦の住所登録が南部町外である場合は、婚姻関係を証明する書類