

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） 受ける方の氏名	
生 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日 （ 歳）
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 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の同居家族等（女性氏名 _____） <input type="checkbox"/> 妊婦の夫（妊婦氏名 _____ 抗体検査結果 _____） <input type="checkbox"/> 妊婦の同居家族等（妊婦氏名 _____ 抗体検査結果 _____）
妊娠中に風しん 検査を受けた方	検査月日 令和 年 月 日 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
- ・ 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