

様式第1号（第6条関係）

我孫子市風しんワクチン予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

我孫子市長 あて

住 所

申請者 氏 名

電話番号

風しんの抗体価が低いと確認されたため、予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。なお、生活保護世帯又は中国残留邦人等支援給付受給世帯である場合は、該当の有無について、市が保有する公簿等により市職員が確認することに同意します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名		(年齢)	(歳)
住 所	我孫子市		
予防接種費用の額	円	接種年月日	年 月 日
対象者の区分 (該当する項目にチェックをしてください。)	<p>地方公共団体が実施する風しん抗体検査、妊婦検診における風しん抗体検査又は予防接種法第5条第1項の規定により行う風しん第5期の定期接種対象者の抗体検査において、風しん抗体価がHI法の検査で32倍未満又はEIA法の検査で8.0未満の</p> <p><input type="checkbox"/> 妊娠を予定し、又は希望している女性</p> <p><input type="checkbox"/> 妊娠を予定し、又は希望している女性の同居者</p> <p><input type="checkbox"/> 妊婦の同居者</p>		
<p>次のいずれかに該当する方は、該当する番号を○で囲んでください。</p> <p>1 生活保護世帯</p> <p>2 中国残留邦人等支援給付受給世帯</p>			

添付書類

- 1 予防接種の接種年月日及び接種ワクチンが確認できる書類
- 2 予防接種に係る領収書
- 3 風しん抗体検査を証する書類の写し
- 4 その他市長が必要と認める書類