

様式第3号

袋井市風しん（麻しん・風しん混合）ワクチン接種費用助成申請書

年 月 日

袋井市長 様

申請者 住 所

氏 名

生年月日

電話番号

袋井市風しん（麻しん・風しん混合）ワクチン接種費用の助成を受けたいので、抗体価が確認できる書類を添えて、次のとおり申請します。

1 対象者の確認

次のいずれかにチェックをつけてください。

<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性
<input type="checkbox"/> 抗体価の低い妊婦の同居者 妊婦の氏名/(生年月日) ( ) 出産予定日 _____

2 接種を希望する医療機関（契約している医療機関のみ可能）

医療機関名	
-------	--

市 記 入 欄

過去の任意MR（風しん）接種補助歴 平成25年7月1日～平成26年3月31日に任意補助実施		添付書類の確認	
自治体からの補助を受けて任意接種 “ある”場合は、補助対象外 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		<b>&lt;抗体検査の結果&gt;</b> ①申請者本人が妊娠を希望する女性の場合 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性のもの ②申請者が抗体価の低い妊婦の同居者の場合 ※次の2つともが必要 <input type="checkbox"/> 抗体価の低い妊婦のもの <input type="checkbox"/> 申請者本人のもの	
<b>抗体価の確認</b> (平成26年4月以降に実施)	<b>対象判定</b>		
<input type="checkbox"/> HI法 16倍以下 <input type="checkbox"/> EIA法 8.0未満(EIA価) <input type="checkbox"/> その他( 法 )	<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非該当		
<b>発送年月日</b>	年 月 日		