

様式第1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 袋井市

氏 名

生年月日 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 (年 月 日) 出産予定日 年 月 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	
過去に自治体からの補助を受けて任意接種したことがあるか。“ある”場合は、補助対象外 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		<抗体検査の結果> 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	
抗体価の確認 (平成26年4月以降に実施)		対象判定	
<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	
発送年月日	年 月 日		