

### 成人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

三 沢 市 長 殿

任意による成人風しん予防接種を受けたいので、風しん抗体検査及び予防接種費用の助成を申請します。

なお、助成金の受領については指定医療機関に委任します。

ふりがな 申請者氏名	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生（ 歳）
住 所	〒 三沢市 電 話
対象者区分	<input type="checkbox"/> 妊娠を予定される方 <input type="checkbox"/> 妊娠を予定される方の同居家族等 <input type="checkbox"/> 風しんの抗体価が低い妊婦の同居家族等 ※1
抗体検査の有無	風しん抗体検査を <input type="checkbox"/> 受けたことがある（HI16倍以下・EIA8.0未満）※2 →予診票発行 <input type="checkbox"/> 受けたことがない →受診票発行

※1 母子健康手帳（子の保護者のページ及び抗体検査の記録のページ）のコピー添付

※2 抗体検査の結果のわかるものを添付

.....

### 成人風しん抗体検査及び予防接種費用助成決定書

令和 年 月 日

上記の申請者は、助成対象者に該当したので風しん抗体検査受診票を発行しました。

受診票 交付番号	
-------------	--

#### 【決 裁】

課 長	課長補佐	係 長	担 当	受 付 者