様式第１号（第４条関係）

成人風しん抗体検査及び予防接種費用助成申請書

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	（　　歳）
住　　所	〒 三沢市 電　話
対象者区分	□ 妊娠を予定される方 □ 妊娠を予定される方の同居家族等 □ 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 □ 受けたことがある（HI16 倍以下・EIA8.0 未満）※2　→予診票発行 □ 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

・・・