

朝日町長 殿

朝日町風しん予防接種等費用助成申請書

私は、朝日町風しん予防接種等費用助成事業実施要綱第9条に基づき、下記により申請いたします。

申請者氏名	
住 所	朝日町大字
電 話 番 号	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
抗 体 検 査 歴	過去に助成を受けて抗体検査を受けたことがありますか？ 無 ・ 有
予 防 接 種 歴	過去に助成を受けて予防接種を受けたことがありますか？ 無 ・ 有 いままで風しんの予防接種を2回受けたことがありますか？ 無 ・ 有
風しんの罹患歴	無 ・ 有
希 望 理 由 (いずれかに○をつけてください)	() 妊娠を希望している (当該年度の山形県要綱に定められている年齢に準ずる) 女性※1 () 妊娠を希望している (当該年度の山形県要綱に定められている年齢に準ずる) 女性 (抗体価が十分ある方、過去に風しんに罹患した方及び予防接種を2回実施した方を除く。) の夫及び同居家族※2 () 風しん抗体価が十分でない妊婦の夫及び同居家族※2 妊婦氏名 _____ 風しん抗体値 HI法 _____ 倍 EIA法 _____
備 考	

○添付書類

※1 について、添付書類なし

※2 について、風しん抗体検査の数値が確認できるもの (母子健康手帳等)