

田川市妊娠希望者等風しん予防接種費用助成申請書

田川市長 殿

(申請者)

住 所

氏 名

印

電話番号 ()

標記予防接種の助成について、下記のとおり関係書類を添えて申請いたします。

なお、申請に係る審査に関し、住民基本台帳、被接種者の属する世帯状況等を市職員が確認することに同意します。

記

| | | | | |
|-----------------------------|---|------------|----------|---------|
| 被接種者 (予防接種 を受ける 方) | 氏 名 | | 性別 | 申請者との続柄 |
| | | | 男 ・ 女 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | |
| | 住 所 | 田川市 | | |
| | 電話番号 | | | |
| 該当要件 | <input type="checkbox"/> 妊娠希望者 (妊婦を除く。) <input type="checkbox"/> 妊婦希望者の配偶者 (パートナーを含む。) <input type="checkbox"/> 妊娠希望者の同居者 <input type="checkbox"/> 妊婦の配偶者 (パートナーを含む。) <input type="checkbox"/> 妊婦の同居者 | | | |
| 妊娠希望者 又は妊婦 | 氏 名 | | 被接種者との続柄 | |
| | | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | |
| | 住 所 | | | |
| 風しん抗体 検査状況 | 未検査 ・ 検査中 ・ 検査済 | | | |

※ 添付書類等

- 1 被接種者の本人確認ができるもの（自動車運転免許証、健康保険証など公的機関発行のもの）の写し
- 2 被接種者の風しん抗体価が低いことが確認できる「検査結果書」等の写し
- 3 妊娠希望者及び妊婦が風しん抗体検査を受けているときは、風しん抗体価が低いことが確認できる「検査結果書」等の写し