

風しん予防接種助成申請書（兼助成対象者確認証）

申請日： 年 月 日

大川市長様

（申請者）住所 大川市大字

（住所は、アパート・マンション名、号数まで記入）

ふりがな

氏名

連絡先電話番号

標記予防接種の助成について、次のとおり関係書類を添え申請いたします。
なお、助成金申請にかかる審査及び交付決定に関し、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。

被接種者 氏名	ふりがな 被接種者名	（ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ）	性別	申請者との続柄
	生年月日	大正・昭和・平成	男・女	（ <input type="checkbox"/> 本人）
（予防接種を 受ける方）	住所	（ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ） 大川市大字	年 月 日（ 歳）	
	連絡先 電話番号	（ <input type="checkbox"/> 申請者欄番号と同じ）		
該当要件 （いずれかに○）	妊娠を希望する女性（妊婦を除く、原則20歳以上）			
	妊娠中の方の配偶者 （パートナー含む）		※この場合の妊娠中の方とは、妊婦健診（風しん抗体検査）において抗体が十分でないと判定された方又は妊婦健診（風しん抗体検査）が未実施の方に限ります。	
妊婦氏名・住所 （予防接種を受ける方が妊婦の配偶者又は同居している方の場合記入）		（妊婦の氏名・生年月日） （昭和・平成 年 月 日）	（妊婦の住所）（ <input type="checkbox"/> 被接種者と同じ）	

※添付書類等（申請時に提出又は提示ください）

- 申請者と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）
- 被接種者の風しん抗体が低いことが確認できる「検査結果書」などの通知等（原本）
- 妊婦の配偶者（パートナー）又は同居の方は、妊婦の母子健康手帳（又は妊娠届出書の原本）

〔公印省略〕

（切り取らずに医療機関にご提出ください）

風しん予防接種「助成対象者確認証」

申請者（被接種者）様

大川市長

申請にかかる被接種者については、予防接種の助成対象者であることを確認しました。

（事務局記入欄。下記事項等の確認済事項にチェック）

- 申請者本人確認（自動車運転免許証、健康保険証等）
- 風しん抗体検査「検査結果通知」等による本人抗体価の確認
- 母子健康手帳・妊娠届出書（妊婦の抗体価を確認。妊婦の配偶者又は同居の方）
- 住民基本台帳（住基）における被接種者の確認

※確認終了後、申請書（確認書）をコピーし、原本・コピーともに受付印を押印し受付番号記入。コピーを申請者に交付する。

受付印	（受付印無きもの無効）
-----	-------------