

成人の風しん対策事業（抗体検査・予防接種）申込書

申込書は1人につき1枚提出してください。

次のとおり、申し込みます。

フリガナ 申請者氏名 (助成を受ける方の氏名)		性別	男・女
生年月日	年 月 日		
住所	〒 港区		
連絡先電話番号			

申請者（助成を受ける方）について、次の該当するものに○又は☑をしてください。

- ① 妊娠を希望又は予定している 女性 同居者（関係 ）
 ② 抗体価の低い妊婦の同居者（関係 ）

【申請者が同居者の場合のみ☑をしてください。】

私は、「妊娠を希望している女性又は抗体価の低い妊婦」の「同居者」であることに相違ありません。

※②を選択した人は申請書に妊婦の抗体価が確認できるもの（検査結果の写しや母子手帳等の写し）を同封・添付して、お申し込みください。

これまでに風しんの抗体検査を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> ある	予防接種の履歴がある方、及び風しんにかかったことのある方は申請できません。抗体検査を受けたことがあり、検査の結果が予防接種の助成対象となる抗体価で、上記に該当しない方は予防接種の申請が可能です。
これまでに風しんにかかったことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> わからない		
これまでに風しんの予防接種を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> わからない		

申し込み内容 (希望するものどちらか一方に☑してください。) <input type="checkbox"/> 抗体検査受診票（抗体価が不明な方はこちら） <input type="checkbox"/> 予防接種予診票（助成対象の抗体価の人・抗体価が不明な方は申込みできません。） ※ 予防接種予診票のお申込みの際は、予防接種を希望する人の 助成対象となる抗体価と確認できるもの （検査結果の写しや母子手帳等の写し）を同封・添付して、お申し込みください。 ※ 予防接種の 助成対象となる抗体価は、 H I 法：32 倍未満又はE I A 法：E I A 価 8. 0 未満 です。
--

申込先	みなと保健所 保健予防課 保健予防係 〒108-8315 港区三田一丁目4番10号 電話：03-6400-0081
------------	---