

## 成人の風しん対策事業助成申請書

下記のとおり、申し込みます（申請書は1人につき1枚ご提出ください）。

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風しんの抗体価が確認できるもの（検査結果等の写し）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。ただし、抗体検査を受けたことがあり、抗体価が低い方は予防接種助成が受けられます。 抗体価が確認できるものを添付し、予防接種予診票をご請求ください。
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 <u>(抗体価が不明な方はこちら)</u> <input type="checkbox"/> 予防接種予診票 (抗体価が低い方のみ) 抗体価 <u>【 法】 【数値: 〃】</u> ※ 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 <u>抗体価が確認できるもの</u> （検査結果報告書の写し等）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、 <b>HI法：32倍未満 EIA法：EIA価8.0未満</b> です。
-----------------------------------	---

	受付	発行	内容	封入	確認	送付日	受理
事務処理欄						窓口・切手・後納	
	備考						