

0歳児の保護者等を対象とした麻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			

次の該当するものに☑をして、同居人の方は（ ）をご記入してください。

- (1) 抗体検査受診希望の人
 受診日現在 19歳以上の区民で0歳児と同居する 保護者 同居人（関係 ）
- (2) 予防接種希望の人
 接種日現在 19歳以上の区民で0歳児と同居する 保護者 同居人（関係 ）
 であり、麻しんの抗体価の低い方

※(2)を選択した人は申請書に麻しんの抗体価が低いことが確認できるもの（検査結果等の写し）を同封・添付してお申し込みください。

これまでに麻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、及び麻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。
これまでに麻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		
これまでに麻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"/> <u>抗体検査受診票（抗体価が不明な方はこちら）</u> <input type="checkbox"/> <u>予防接種予診票（抗体価が低い方のみ）</u> 抗体価 【 法】 【数値： 】【 ※ 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、 EIA法：EIA価 16.0未満 PA法：256倍未満 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						