

## 成人の風しん対策事業費用助成申込書

下記のとおり、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			

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 その夫・パートナー 同居人(関係 )
- ② 抗体価の低い妊婦の 夫・パートナー 同居人(関係 )

※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。ただし、抗体検査を受けたことがあり、抗体価が低い女性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 (希望するものに☑してください)	<input type="checkbox"/> 抗体検査受診票 <input type="checkbox"/> 予防接種予診票(抗体価が低い <b>女性のみ</b> ) ※ 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 <b>抗体価が確認できるもの</b> (検査結果の写しや母子手帳等の写し)を同封・添付のして、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、 HI法：32倍未満、EIA法：EIA価8、0未満の方です。
----------------------------	--

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