

様式第 1 号（第 6 条関係）

上天草市風しん予防接種費用助成金申請書

令和 年 月 日

上天草市長 様

申請者 住所.....

氏名.....

（被接種者との続柄：.....）

電話（ ） —

私は、風しん予防接種費用の助成を受けたいので、上天草市風しん予防接種費用助成事業実施要綱第 6 条の規定により申請します。

記

被接種者氏名	生年月日	接種予定医療機関	接種予定日

該当する対象区分に○を付けてください。

	<対象区分①> 熊本県風しん抗体検査事業において、予防接種が必要と判断された者
--	---

※抗体検査を受けた医療機関から送付された風しん抗体検査結果通知書のコピーを添付してください。

	<対象区分②> 過去の風しん抗体検査において、H I 抗体価が 1 6 倍以下相当であった者のうち、次に掲げるもの （１） 妊娠を希望する女性 （２） （１）に掲げる者の配偶者又は同居者 （３） 妊娠している女性の配偶者又は同居者
--	--

※母子手帳のコピーなど、過去の抗体検査の結果がわかるものを添付してください。