

令和 年 月 日

酒田市長 宛

風しん抗体検査及び予防接種費用助成申請書

申請者氏名_____

電話番号_____

酒田市風しん予防接種費用緊急助成事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。この申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、酒田市が調査することに同意します。

受ける方の氏名	
生 年 月 日	昭・平 年 月 日 （ 歳）
住 所	酒田市
希 望 理 由 (いずれかに○をつけて下さい)	() 妊娠を希望している女性 () 妊娠を希望している女性（抗体価が十分であると確認できた者を除く）の夫及び同居家族 () 妊婦（抗体価が十分であると確認できた者を除く）の夫、及び同居家族（妊婦氏名_____）
抗体検査の有無	有 ・ 無 ・ 不明
予防接種暦（2回）	有 ・ 無 ・ 不明
風しんの罹患歴	有 ・ 無 ・ 不明
備 考	

(添付書類)・妊婦の夫及び同居家族は、当該妊婦の母子健康手帳及び抗体検査結果の写し
・妊娠を希望している女性の夫及び同居家族は、当該女性の抗体検査結果の写し

【委任状】申請者が異なる場合のみ記入してください。

下記の者に申請を委任いたします。

代理申請者 住所_____

氏名_____

被接種者との続柄_____