

(様式第1号)

風しん予防接種費用助成申請書

申請日 年 月 日

男鹿市長 様

申請者 氏名 印

住所 男鹿市

助成対象者との関係

関係書類を添えて、次のとおり、風しん予防接種費用の助成を申請します。

なお、次のことについて同意します。

抗体検査や予防接種の実施内容や費用について、市または県が医療機関に照会すること

県や医療機関に対し、市の助成実績に係る情報を提供すること

助成対象者	ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	氏名			
	住所	男鹿市 (電話番号)		
風しん抗体検査	対象者	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の夫・パートナー(事実上婚姻関係のある方) <input type="checkbox"/> 妊婦の夫		
	抗体検査	<input type="checkbox"/> 秋田県風しん抗体検査 <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査の風しん抗体	検査日	年 月 日
	検査方法 検査結果	・HI法 <input type="checkbox"/> 8倍未満 <input type="checkbox"/> 16倍以下 <input type="checkbox"/> 32倍以上 ・EIA法 <input type="checkbox"/> 陰性又は判定保留 <input type="checkbox"/> 8.0未満 <input type="checkbox"/> 8.0以上		
予防接種	接種日	年 月 日	接種医療機関名	
	接種費用	円		

* 添付書類：①秋田県で実施する風しん抗体検査の結果票の写し

②母子健康手帳(妊婦健康診査の風しん抗体検査の結果が分かる書類)の写し

③予防接種に要した費用が明記された領収書の写し

※①②は、いずれか1つを添付してください。