

様式第1号(第6条関係)

我孫子市風しんワクチン予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

我孫子市長 あて

住 所

申請者 氏 名

電話番号

予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。なお、生活保護世帯又は中国残留邦人等支援給付受給世帯である場合は、該当の有無について、市が保有する公簿等により市職員が確認することに同意します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名		(年齢)	( 歳)
住 所	我孫子市		
予防接種費用の額	円	接種年月日	年 月 日
対象者の区分 (該当する項目にチェックをしてください。)	過去に検査により風しんと診断されたことがない。		
	<input type="checkbox"/> 千葉県風しん抗体検査において、抗体価が低いとされた者 <input type="checkbox"/> HI法の検査で32倍未満 <input type="checkbox"/> EIA法の検査で8.0未満 <input type="checkbox"/> 風しん第5期抗体検査において、抗体価が低いとされた者 <input type="checkbox"/> HI法の検査で16倍 <input type="checkbox"/> EIA法の検査で6.0以上8.0未満		
<input type="checkbox"/> 妊娠を予定し、又は希望している女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を予定し、又は希望している女性の同居者 <input type="checkbox"/> 妊婦の同居者			
次のいずれかに該当する方は、該当する番号を○で囲んでください。			
1 生活保護世帯			
2 中国残留邦人等支援給付受給世帯			

添付書類

- 1 予防接種の接種年月日及び接種ワクチンが確認できる書類
- 2 予防接種に係る領収書
- 3 千葉県風しん抗体検査又は風しん第5期抗体検査の結果を証する書類の写し
- 4 その他市長が必要と認める書類