

三川町長 殿

令和6年度三川町風しん予防接種費用助成事業申請書

申請者 住所 三川町大字
 氏名
 電話
 代理申請 住所
 氏名 続柄

風しん抗体検査及び風しん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。この申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、三川町が調査することに同意します。

| | | | | | |
|-----------------|---------------------------------|--|---|----|-----------|
| 抗体検査(予防接種)を受ける方 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 住所 | 三川町大字 | | |
| | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | ふりがな | | 性別 | 男・女 |
| | | 氏名 | | | |
| | | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 日 (満 歳) |
| | | 対象区分 (該当番号に○印) | 1. 妊娠を希望している 29～50 歳 (令和 6 年 4 月 1 日時点) の女性 2. 妊娠を希望している 29～50 歳 (令和 6 年 4 月 1 日時点) の女性 (ただし、抗体価が十分であると確認された方、及び過去に風しん罹患または風しん予防接種を 2 回実施した方を除く) の夫・同居家族 3. 妊婦(ただし、抗体価が基準値以下と判定された方)の夫・同居家族 ※ 2・3の場合は (当該女性氏名: 続柄) | | |
| | 確認事項 (該当番号に○印) | 1. 過去に風しんに罹患した 2. 過去に風しん予防接種を 2 回受けた 3. 過去に町の助成を使って風しん予防接種を受けた 4. 過去に風しん抗体検査を受けた 5. 過去に風しん抗体検査を受け、抗体価が基準値以下と判定された (検査年月: 年 月 、 結果: 法 倍) | | | |
| | 備考 | | | | |

《添付書類》 対象区分 2・3 の場合は、当該女性の抗体検査結果の写し
 過去に抗体検査を受けた方は、抗体検査結果の写し

| | | |
|--------|----------|----|
| 助成要件 | 助成券交付年月日 | 備考 |
| 該当・非該当 | 年 月 日 | |