

大野市風しん予防接種費助成事業申請書

年 月 日

大野市長 殿

申請者

住 所 大野市

氏 名

電話番号

風しん予防接種費の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

接種希望者氏名	生年月日（年齢）	申請者との続柄	住 所	理由※
	年 月 日（ ）			
	年 月 日（ ）			
	年 月 日（ ）			
	年 月 日（ ）			
	年 月 日（ ）			

※ 接種希望理由 1～4より選択し、 上記理由欄に記載	1. 妊娠を希望している女性 2. 妊娠を希望している女性の配偶者（女性本人が風しんの抗体を十分に保有している者を除く） 3. 妊娠している女性の配偶者（妊婦本人が風しんの抗体を十分に保有している者を除く） 4. 妊娠している女性と同居している家族（妊婦本人が風しんの抗体を十分に保有している者を除く）
-----------------------------------	--

※ 妊娠中の女性及び妊娠している可能性のある女性は接種できません。また、接種後2か月は妊娠を避けてください。

※ 接種希望理由が1の方は希望者本人の、2・3・4の方は該当の女性又は妊婦の風しん抗体検査の結果がわかるものを必ず添付してください。

※ 上記申請のため市が保有する個人情報を見ることが及び検査実施医療機関に照会することに「  同意 」 します。

