

別記様式（第5条関係）

麻しん風しん予防接種費用助成申請書

年 月 日

安中市長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

安中市麻しん風しん予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、助成金の交付を申請します。

被 接 種 者	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	生年月日	年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		

助成対象者の区分（該当する番号）に○をつけてください。

麻しん抗体検査による接種		風しん抗体検査による接種	
1	妊娠を希望する女性	5	妊娠を希望する女性
2	妊娠を希望する女性の同居者	6	妊娠を希望する女性の同居者
3	妊婦の同居者（妊婦の抗体価は問わない）	7	風しんの抗体価が低い妊婦の同居者
4	0歳児の同居者		

※ 同居者とは、同一の住所地に居住し、生活空間を共有する頻度が高い者を言います。

区分1、5以外の方はご記入ください。

妊娠希望者又は妊婦		0歳児（区分4の場合のみ）	
氏 名	生 年 月 日	氏 名	生 年 月 日
	年 月 日		年 月 日

【添付書類】

- (1) 被接種者の抗体検査の結果が記入された書類
- (2) 区分3の場合は、(1)の他に妊婦の母子健康手帳
- (3) 区分4の場合は、(1)の他に0歳児の母子健康手帳
- (4) 区分7の場合は、(1)の他に妊婦の母子健康手帳と、妊婦の抗体検査の結果が記入された書類

【注意点】

妊娠中の女性または妊娠の可能性のある方は予防接種を受けることができません。

また、予防接種後2箇月間は妊娠を避ける必要があります。

受 付 住民基本台帳確認済 確認者（ ）