

田原市風しん予防接種費用助成申請書（女性用）

年 月 日

田 原 市 長 殿

申請者 住所

氏名

被接種者との続柄（ ）

麻しん・風しん混合ワクチン又は風しん単抗原ワクチンを接種するに当たり接種費用の助成を受けたいので、田原市風しん予防接種費用助成実施要綱第5条の規定により申請します。

※太枠の中を記入してください。

被 接 種 者	氏 名	フリガナ
	住 所	
	生 年 月 日	
	電 話 番 号	

【健康課確認事項】被接種者について下記の事項を確認の上、□にチェックを記入。

- 風しん抗体検査の結果、抗体が十分ではありません。
- 愛知県風しん抗体検査事業の助成を受けました。
- 風しんに、り患したことはありません。
- 妊娠を予定または希望しています。
- 現在妊娠しておらず、妊娠の可能性もありません。
- 過去に、この要綱による接種費用の助成を受けたことはありません。