

田原市風しん予防接種費用助成申請書（男性用）

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。
- 風しんに、り患したことはありません。
- 配偶者（事実婚及び入籍予定を含む。）が妊娠中です。
- 配偶者（事実婚及び入籍予定を含む。）が妊娠を予定又は希望しています。
- 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。