

日高川町風しんワクチン予防接種費助成申請書

年 月 日

日高川町長 様

申請者 氏名

日高川町が実施する先天性風しん症候群の発生防止を目的とした風しんワクチンの予防接種を受けることを希望するため、下記のとおり、日高川町風しんワクチン予防接種事業実施要綱第3条の規定に基づき助成を申請します。

記

住 所	日高川町 電話 ()	
フリガナ		昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)
接種者氏名		※助成対象は19歳以上(平成9年3月31日生まれ以前の者)50歳未満
質問①	どちらに該当しますか?(レ線) <input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性 <input type="checkbox"/> 妊娠している女性の配偶者	
質問②	今までに風しんに罹患したこと、また風しんの予防接種もしくは麻しん風しん混合の予防接種を受けたことはありますか?	はい いいえ
質問③	【女性の方に】現在、妊娠していますか? ※「はい」の場合は接種できません	はい いいえ

※妊娠している女性の配偶者の場合

母子健康手帳のコピー（「子の保護者」のページ）を添付してください。

※既に風しんワクチンの予防接種を受けた場合、領収書、予防接種済記録を添付してください。

種 類	1回当たりの上限金額
風しんワクチン	7,200円
麻しん風しんワクチン	10,300円

申請金額 金 _____ 円