

川崎町妊娠希望者等風しん予防接種費用助成申請書

川崎町長 殿

(申請者)

住 所

氏 名

印

電話番号 ()

標記予防接種の助成について、次のとおり関係書類を添え申請いたします。

なお、申請にかかる審査及び交付決定に関し、住民基本台帳、被接種者の属する世帯状況等を町職員が確認することに同意します。

記

被接種者(予防接種を受ける方)	氏 名		性別	申請者との続柄
			男・女	
	生年月日	年 月 日(歳)		
	住 所	川崎町		
	電話番号			
該当用件	<input type="checkbox"/> 妊娠希望者(妊婦を除く) <input type="checkbox"/> 妊婦希望者の配偶者(パートナーを含む) <input type="checkbox"/> 妊娠希望者の同居者 <input type="checkbox"/> 妊婦の配偶者(パートナーを含む) <input type="checkbox"/> 妊婦の同居者			
妊娠希望者又は妊婦	氏 名		被接種者との続柄	
	生年月日	年 月 日(歳)		
	住 所	川崎町		
	風しん抗体検査状況	未検査・検査中・検査済		

※ 添付書類等

- 1 被接種者の本人確認ができるもの(自動車運転免許証、健康保険証など公的機関発行のもの)の写し
- 2 被接種者の風しん抗体価が低いことが確認できる「検査結果書」等の写し
- 3 妊娠希望者及び妊婦が風しん抗体検査を受けているときは、風しん抗体価が低いことが確認できる「検査結果書」等の写し