

風しん予防接種費用助成申請書

年 月 日

泊 村 長 様

風しん予防接種費用の助成を受けたいので申請します。

利用申請者

住所 泊村大字

氏名 印

代理申請者

住所 泊村大字

氏名 印

利用者との関係 ( )

|             |         |                                                                            |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |
|-------------|---------|----------------------------------------------------------------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|
| 利<br>用<br>者 | フリガナ    |                                                                            | 生年月日  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 男<br>女 |
|             | 氏 名     |                                                                            | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |
|             | 個 人 番 号 |                                                                            |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |
|             | 申 請 事 由 | 1. 風しん抗体検査の結果、抗体価が低いと認められた者<br><br>2. 前回妊娠時の検査で抗体価が低かった者で、その後予防接種を受けていないもの |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |