

年 月 日

(あて先) 笠松町長

申請者

住 所 笠松町

氏 名

(被接種者との続柄 )

電話番号 — —

笠松町妊娠希望者等風しんワクチン接種料助成金交付申請書

笠松町妊娠希望者等風しんワクチン接種料助成要綱第4条の規定により、下記の被接種者について助成金の交付を申請します。

なお、接種医療機関に対して、接種料助成金の受領に関することを委任します。

被接種者	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 ( 歳)
	住所	笠松町
申請者との続柄		
申請理由 (該当する箇所に✓をつけてください。)	1. 風しんの罹患歴 (□ない ・ □ある) 2. 風しんの接種歴 (□ない (または不明) ・ □ある) 3. 風しん抗体価検査結果 検査方法： 検査結果： 風しん抗体価検査日： 年 月 日 抗体価検査を受けた医療機関：  <input type="checkbox"/> 妊娠を予定・希望する女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を予定・希望する女性の夫 <input type="checkbox"/> 妊娠を予定・希望する女性の同居者 (妊娠を予定・希望する女性との関係 ) <input type="checkbox"/> 妊婦 (風しん抗体価が低い方に限る) の夫 <input type="checkbox"/> 妊婦 (風しん抗体価が低い方に限る) の同居者 (妊婦との関係 )	
接種予定医療機関名		

※「岐阜県風しん抗体委託検査申込 (問診) 票兼結果票の写し」または、「風しん抗体検査結果のわかるもの」を添付してください。なお、妊婦の夫・同居者の場合は、妊婦の検査結果も添付してください。

確認チェック欄	助成対象者該当の可否 可 ・ 否 (理由 )
---------	---------------------------

※処理欄 (こちらには記入しないでください。)