

上川町風しん抗体検査及びワクチン予防接種費用助成事業交付申請書

年 月 日

上川町長 様

申請者 住所 上川町

氏名 〇

(本人が自ら署名する場合は、押印は必要ありません。)

上川町風しん抗体検査及びワクチン予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり、費用助成事業のチェック項目を確認した上で、関係書類を添えて申請します。

なお、申請の内容について、町が保有する個人情報を見直し及び医療機関等への照会することについて同意します。また、口座名義人が申請者と異なる場合は、助成金の受領を口座名義人に委託します。

| | | | |
|--|---------------------------|---|--|
| 費用助成事業のチェック項目 (□内に✓を入れて下さい。) | 抗体検査 | <input type="checkbox"/> 右のア～ウのいずれの項目にも該当しない | ア. 過去に抗体検査を受けたことがある。 |
| | 予防接種 | <input type="checkbox"/> 右のア～ウのいずれの項目にも該当しない | イ. 過去に2回の風しん予防接種歴がある。 |
| | | | ウ. 検査で確定診断を受けた風しん既往歴がある。 |
| | | | ア. 過去に抗体検査を受けて風しんに対する十分な免疫があると判断されたことがある。 |
| | | | イ. 過去に2回の風しん予防接種歴がある。 |
| | | | ウ. 検査で確定診断を受けた風しん既往歴がある。 |
| ※ 予防接種のアの風しんに対する十分な免疫とは、風しん抗体価がH I法で3 2倍以上、E I A法で8. 0以上の値にある者をいう。 | | | |
| 抗体検査又は予防接種を受けた方 | 住所 | 電話番号 | |
| | フリガナ | 男・女 | 生年月日 (年齢) |
| 事業対象者の該当項目 (該当する項目に○を付けて下さい。) | 抗体検査 | 1. 妊娠を希望する出産経験のない女性 | |
| | | 2. 1の女性で、かつ風しん抗体ができない人のパートナー及び同居者 | |
| | | 3. 風しん抗体価が低い妊婦のパートナー及び同居者 | |
| | 予防接種 | 1. 妊娠を希望している女性 | |
| 2. 1の女性のパートナー及び同居者 | | | |
| 3. 妊娠している女性のパートナー及び同居者 | | | |
| 4. その他 (理由) | | | |
| 検査費用又は接種費用 | 抗体検査 (E I A法・H I法) | 予 防 接 種 | |
| | 円 | <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン _____ 円 | <input type="checkbox"/> 風しん単独ワクチン _____ 円 |
| 振込先金融機関 | 銀行・信用金庫・農協 信用組合・ゆうちょ銀行 | | 本店・支店・支所・出張所 |
| | 預金種別 | 普通・当座 | フリガナ |
| | 口座番号 | | 口座人名義 |

※ 添付書類 (写し可)

1. 抗体検査又は予防接種を行った医療機関が発行した領収書
2. 抗体検査の結果が分かるもの
3. 予防接種を受けたことが証明できる書類

| | |
|-----|-------------------|
| 助成額 | 円 ※記入しないでください。 |
|-----|-------------------|

