

うきは市風しん予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

うきは市長 様

申請者（送付先）

住所

ふりがな

氏名

連絡先電話番号

うきは市風しん任意予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、風しんの予防接種を申請します。

該当するものに○をしてください。

申請区分	1. 妊娠を希望する女性（妊婦を除く）
	2. 妊娠を希望する女性の配偶者及び同居者（男性でS37.4.2～S54.4.1生の方は除く）
	3. 妊娠している女性の配偶者及び同居者（男性でS37.4.2～S54.4.1生の方は除く） （妊婦の氏名： 生年月日： 昭和・平成 年 月 日）

※3の場合の妊娠している女性の方とは、妊婦健診（風しん抗体検査）において抗体が十分でないと判明された方又は妊婦健診（風しん抗体検査）が未実施の方に限ります。

○被接種者（予防接種を受ける方）

ふりがな 氏名		（ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ ）		申請者との続柄 （ <input type="checkbox"/> 本人 ）	
性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日	（満 歳）
住所		（ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ ） うきは市			
連絡先 電話番号		（ <input type="checkbox"/> 申請者欄番号と同じ ）			

※チェック欄（こちらには記入しないでください。）

本人抗体価	妊婦の抗体価 （配偶者又は同居の方）	確認結果
無（ ）倍・不明	無（ ）倍・不明	該当・非該当