

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受けたいので申請します。

該当するものに○をしてください。

申請区分	1. 妊娠希望者（妊婦を除く）
	2. 妊婦の配偶者及び同居者 （妊婦の氏名： 生年月日： 昭和 ・ 平成 年 月 日）
	3. 妊娠希望者の配偶者及び同居者

※ 2 の場合の妊婦とは、妊婦健診（風しん抗体検査）の結果、又は妊婦健診（風しん抗体検査）未実施で過去の検査において抗体が十分でないと判明した方に限ります。

○被接種者（予防接種を受ける方）

ふりがな 氏 名		（ ☐ 申請者と同じ ）		申請者との続柄						
				（ ☐ 本人 ）						
性別	男・女	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日（満 歳）							
住 所		（ ☐ 申請者と同じ ） うきは市								
連絡先 電話番号		（ ☐ 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・妊娠希望者の抗体価 （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