

## 大間町風しん抗体検査及び予防接種費用助成申請書

年 月 日

大 間 町 長 殿

風しん抗体検査及び予防接種費用助成について下記のとおり申請します。なお、本内容について、町が保有する個人情報を読覧・調査すること及び医療機関に問い合わせることに同意します。

申請者	フリガナ		男 ・ 女	生年月日
	氏名			年 月 日
	住所	(TEL)		
対象区分	1. 妊娠を希望する女性 2. 妊娠を希望する女性の夫及び同居家族 3. 妊娠している女性の夫及び同居家族 (妊婦氏名).....			
抗体検査結果	検査日：.....年.....月.....日（医療機関：.....）  1. H I法 .....（16倍以下が予防接種該当） 2. E I A法 .....（8.0未満が予防接種該当） 3. 医師の判断により実施なし  ※検査結果がわかるもののコピーを添付			
予防接種	接種日：.....年.....月.....日（医療機関.....）  1. 麻しん風しん混合ワクチン（ロット番号：.....） 2. 風しん単抗原ワクチン（ロット番号：.....）			
費用	抗体検査 .....円	予防接種 .....円	合計 .....円	
振込先	銀行／信用金庫 信用組合／農協 労働金庫			本店／支店 支所／出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義人	(フリガナ.....)		

添付書類  抗体検査結果  予防接種済証  領収書