

風しん抗体検査及び予防接種補助券交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 岡 崎 市 長

申請者

住 所 岡崎市

氏 名

※署名してください。

(電 話 - -)

風しん抗体検査及び予防接種の補助券を交付してください。

なお、本申請に当たり、市が所得（課税）状況等の住民登録情報を閲覧することに同意します。
記

受 診 者	住 所	申請者住所と同じ		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	生年月日	昭和・平成	年 月 日	性別 男・女
妊娠を予定又は希望している女性 又は妊婦の氏名及び受診者との続柄 (該当する番号に〇、2は、氏名をご記入ください)		1 : 受診者と同じ	2 : (続柄)	
1	過去に本市の本制度を利用して風しん又は麻しん風しん混合ワクチンの予防接種をしたことがないですか	はい	いいえ	
2	実習・就労・就学・研修等の目的ではないですか	はい	いいえ	
3	以下のいずれかの条件に該当しますか ①妊娠を予定又は希望している女性（妊婦は除く） ②妊娠を予定又は希望している女性（妊婦は除く）の同居者 ③免疫が十分でないと判断する抗体価の妊婦の同居者	はい	いいえ	
		該当番号		
4	過去に風しんの確定診断（検査による診断）を受けましたか	受けてない	受けた	
1～4のいずれが「いいえ」又は「受けた」の場合は、本補助制度の対象外です。				
5	過去に風しん抗体検査を受けたことはないですか (出産経験がある方は、妊婦健診で検査をしている可能性があります)	はい	いいえ	
	いいえの方…検査年月日(S・H・R 年 月 日) 検査方法(法) 値() ※抗体検査の結果の写しを添付してください。			
6	過去に風しん又は麻しん風しん混合ワクチンの予防接種を受けたことはないですか いいえのかた…接種年月日(S・H・R 年 月 日)	はい	いいえ	
5、6が「はい」の場合は、抗体検査から補助券の対象となります。 5、6のいずれか又は両方が「いいえ」のかたで、過去の検査又は自費で受けた検査で風しんに対する免疫が十分でないと判断する抗体価の場合は、予防接種の補助券の対象となります。				
7	市民税非課税世帯または生活保護世帯ではないですか。	はい	いいえ	

事務処理欄 (記入しないでください)

【住基確認】 (年 月) 【接種歴確認】 MR・風しん 【受付】 () 【作成】 ()

対 象	抗体検査・予防接種・予防接種のみ	要 件	課税・非課税・生活保護	処理日	R 年 月 日
-----	------------------	-----	-------------	-----	---------