

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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	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
受診者の対象の番号に ○をつけてください。		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		
(2、3を選択された場合) 妊娠を予定 又は 希望している女性又は妊婦の氏名:		(受診者との続柄: )		

以下の質問にご回答ください。

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ありますか	はい	いいえ
2	実習・就労・就学・研修等の目的ですか	はい	いいえ
3	過去に風しんにかかったことがありますか	はい	いいえ
1～3のいずれかが「はい」の場合は、本補助制度の対象外です。			
4	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ありますか はいのかた…接種年月日 (S・H・R 年 月 日)	はい	いいえ
5	過去に風しん抗体検査を受けたことはありますか (出産経験があるかたは、妊婦検診で検査をしている可能性があります)	はい	いいえ
	はいのかた…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。		
● 4と5の両方が「いいえ」のかた…抗体検査 及び 予防接種 が補助券の対象となります。 ● 4, 5のいずれか 又は 両方が「はい」のかた…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、予防接種のみ補助券の対象となります。			
6	市民税非課税世帯または生活保護世帯ですか。	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】 ( ) 【確認】 ( )

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
-----	------------------	-----	-------------	-----	---------