風しん等任意予防接種費用助成申請書								
(あて先)			年	月	В			
魚沼市長			'	,,				
申請	者(本人)							
住 所 魚沼市								
	<u>年 </u>							
	電話番号	()					
		•	,					
次の項目について、それぞれ該当する口にチェッ								
1 □抗体検査を受け、抗体価が低い、又は		+						
2 口妊娠を予定、又は希望する女性である。		ない。)						
口妊娠を予定、又は希望する女性の夫で		ᄾᄩᄔᄔᄆ	ш	. 7				
□妊娠を予定、又は希望する女性の同居		す帳法上も同・	一世帝でめ) ්				
□風しん抗体価が低いか陰性である妊婦		7 ++ - + /, + = ++		U ### 4-	7			
□■□風しん抗体価が低いか陰性である妊婦	の同居家族で、住民	5.基本台帳法	上も同一世	世帯であ	る。			
次のとおり風しん等任意予防接種を受けたので、接種費用の助成を申請します。								
なお、この申請に必要な事項を、魚沼市が住民基本台帳等により確認することに同意します。								
なお、この申請に必要な事項を、魚沼市が住民	民基本台帳等により	確認すること	こ同意しま	す。				
なお、この申請に必要な事項を、魚沼市が住民 被接種者氏名	民基本台帳等により	確認すること	こ同意しま	す。				
<u> </u>	民基本台帳等により 昭和・平月				· 女)			
被接種者氏名					• 女)			
被接種者氏名 生年月日性別	昭和∙平月				・女)			
被接種者氏名 生年月日性別 接種年月日 年 月 接種医療機関名 該当する□にチェックしてくださ	昭和•平成日				• 女)			
被 接 種 者 氏 名 生 年 月 日 性 別 接 種 年 月 日 年 月 接種医療機関名	昭和・平成日	注 年 月	日生		• 女)			
被接種者氏名 生年月日性別 接種年月日 年 月 接種医療機関名 予防接種名	昭和・平成 日 さい。 □麻しん・風しん	注 年 月	日生		• 女)			
被接種者氏名 生年月日性別 接種年月日 年月 接種医療機関名 予防接種名	昭和・平成 日 さい。 □麻しん・風しん	注 年 月	日生		· 女)			
 被接種者氏名 生年月日性別 接種年月日年別 接種医療機関名 予防接種名 協当する□にチェックしてください回風しん単独予防接種 接種費用 	昭和・平成 日 さい。 □麻しん・風しん]	t 年 月 混合(MR)予[日生		· 女)			
被接種者氏名 生年月日性別 接種年月日 接種医療機関名 予防接種名 10風しん単独予防接種 接種費用 該当する口にチェックしてください。 該当する口にチェックしてください。 該当する口にチェックしてください。	昭和・平月 日 さい。 □麻しん・風しん]	注 年 月	日生		• 女)			
被接種者氏名 生年月日性別 接種 年月日 年月 接種医療機関名 予防接種名 □風しん単独予防接種 接種 費 用 「調査」を関する□にチェックしてくだる □風しん単独予防接種 □風しん単独予防接種 □麻しん・風しん混合(N) 振込先金融機関	昭和・平月 日 さい。 □麻しん・風しん]	混合(MR)予 , 000円 , 000円	日生					
被接種者氏名 生年月日性別 接種年月日 年月 接種医療機関名 予防接種名 高温しん単独予防接種 接種費用 財 該当する口にチェックしてください。 国風しん単独予防接種 中請額 国風しん単独予防接種 口麻しん・風しん混合(Na)	昭和・平成日 日 ごい。 □麻しん・風しん] さい。 4 (IR) 予防接種 6	之 年 月 混合(MR)予[日生		・女)			
被接種者氏名 生年月日性別 接種年月日 年月 接種医療機関名 予防接種名 高は当する口にチェックしてください。 口風しん単独予防接種は関係しん単独予防接種は関係しん・風しん混合(Manal) に対し、混合(Manal) に対し、	昭和・平成日 日 ごい。 □麻しん・風しん] さい。 4 (IR) 予防接種 6 銀行・農協	混合(MR)予[, 000円 , 000円 支店名	防接種					
被接種者氏名 生年月日性別 接種年月日 年月 接種医療機関名 予防接種名 高温しん単独予防接種 接種費用 下 該当する口にチェックしてください。 口風しん単独予防接種口風しん単独予防接種口麻しん・風しん・風しん混合(Manage) 振込先金融機関 ※口座名義人は、申請 銀行名	昭和・平成日 日 ごい。 □麻しん・風しん] さい。 4 (IR) 予防接種 6 銀行・農協	混合(MR)予 , 000円 , 000円	日生					

- 2 医療機関発行の風しん抗体検査結果証明書(経産婦は母子健康手帳でも可)
- 3 妊婦の夫又は同居の家族の場合は、妊婦の母子健康手帳及び妊婦の風しん抗体検査結果のわかるもの

※ 以下は記入不要です。

次のとおり決定します。	課長	係長	担当
助成額 円			

伺		
決裁		