

## 風しん予防接種助成申請書 【 予診票 ・ 依頼書 】

先天性風しん症候群の発生予防を目的とした風しんの予防接種を受けることを希望するので、任意予防接種費用助成について申請します。  
 なお、この申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、福津市が調査することに同意します。

申請日 年 月 日

福津市長

申請者名 \_\_\_\_\_ (接種を希望する人との続柄: \_\_\_\_\_)

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

接種を希望する人	フリガナ			男・女	生年月日	
	氏名			昭 和 平 成	年	月 日 ( ) 歳
	住所	福津市		電話番号		
	抗体検査結果	HI EIA	法/抗体価( )	接種予定医療機関名		
	【対象区分について】接種を希望する人は、0~2のどれに当てはまりますか。					
	対象区分	0: 妊娠希望者	パートナー 氏名	抗体検査結果	HI	記載不要です ( )
		1: 妊婦の同居家族 (パートナーを含む)	妊婦 氏名	抗体検査結果	HI	法/抗体価( )
		2: 妊娠希望者の 同居家族 (パートナーを含む)	妊娠希望者 氏名	抗体検査結果	HI	法/抗体価( )

※実施医療機関以外での接種を希望する場合、こちらをご記入ください。

医療機関住所: \_\_\_\_\_ 電話番号: \_\_\_\_\_

接種医師名: \_\_\_\_\_ ※ 接種医師名が不明な場合は、未記入でも差し支えありません。

依頼理由 (該当するものに○) : かかりつけ ・ その他 ( )

対象者確認	<input type="checkbox"/> 妊娠希望者または、妊婦・妊娠希望者の同居家族(パートナーを含む、生活空間を同一にする頻度が高い家族など)である。		
	<input type="checkbox"/> 接種希望者自身の抗体価が低い(規定の抗体価未満)		
	<input type="checkbox"/> 同居している妊婦及び妊娠希望者が抗体価が低い。または、妊娠初期で抗体検査が未実施のため不明である。		
	<input type="checkbox"/> 昭和37年4月2日~昭和54年4月1日生まれの男性(定期接種対象)ではない。		
	<input type="checkbox"/> 平成25年10月1日以降に福津市成人女性等風疹予防接種助成事業を利用して、風しんまたはMRの予防接種を受けたことはない。		
	課長	係長	係

書類欄

<b>&lt;職員使用欄&gt;</b>	
受付日 : 年 月 日	
<b>【申請者本人確認】</b> <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他( )	<b>【被接種者本人確認】</b> <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他( )
<b>【対象者確認】</b> <input type="checkbox"/> 住基礎認(福津市民であるか) <input type="checkbox"/> 申請書の対象者確認欄のチェック <input type="checkbox"/> 抗体価の記入 <input type="checkbox"/> 接種履歴確認	