

別記様式（第5条関係）

年 月 日

唐津市長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

風しん予防接種費助成申請書

唐津市風しん予防接種費助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。なお、助成該当確認のため住民基本台帳を確認することについて承諾します。

助成事業による助成金の請求及び受領について、接種する受託医療機関に委任することについて承諾します。

【風しん抗体検査判定基準】

- 1 抗体なし
- 2 低抗体価（抗体が不十分）

【接種対象】

次の該当する方に○を付けてください。

- 1 妊娠を予定又は希望している女性（妊娠中の女性は接種できません。）
- 2 風しんの抗体価が低い妊婦の同居者

風しん ・ 麻しん風しん混合ワクチン を受ける人		
住 所		
氏 名		
電話番号		
生年月日	年 月 日	
妊婦の同居者にあたります。	妊婦の氏名	
	妊婦との続柄	夫（配偶者又はパートナー）・子（未就学児を除く）・父母（義父母）・兄弟姉妹・その他（ ）