

## 先天性風しん症候群予防のための風しん予防接種費用助成申請書

年 月 日

(あて先) 府中町長

申請者 ※助成対象者と その同一世帯の者 に限る。	住所	(電話番号: _____)		
	フリガナ			助成対象者との続柄
	氏名			

私は、府中町風しん予防接種費用助成金交付要綱第 4 条第 2 項の規定により、次のとおり申請します。

助成対象者	区分 <small>○を付けてください。</small>	1. 妊娠を希望する女性 (現に妊娠している者は、妊娠終了後に接種可) 2. 妊婦の配偶者 3. 妊婦の同居人			
	住所 ※住民票に記載のもの	<input type="checkbox"/> 同上 <b>府中町</b>			
	(フリガナ) 氏名	<input type="checkbox"/> 同上			
	生年月日	年	月	日	性別 男・女

※ 助成対象者のうち、区分 3 の同居人が複数人いる場合には、次欄に記入してください。

同居人	(フリガナ) 氏名			
	生年月日	年	月	日
同居人	(フリガナ) 氏名			
	生年月日	年	月	日

----- 以下の欄は記入しないでください -----

申請者の 本人確認書類  ・A1 点のみで可 ・B2 点でも可 ・B1 点と C1 点でも可	<b>A 顔写真付の公的証明書 (1 点)</b> <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 <b>B 顔写真付きでない公的証明書 (2 点)</b> <input type="checkbox"/> 資格確認証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 基礎年金番号通知書 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者証 <input type="checkbox"/> その他 <b>C 補足資料</b> <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> クレジットカード (名義人の印字有) <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> その他
確認事項	<input type="checkbox"/> 風しん抗体検査結果票がある(HI 法 16 倍以下/EIA 法 8.0 未満/その他 ( )) <input type="checkbox"/> 過去の接種歴【MR 任意接種/風しん 任意接種】がない <input type="checkbox"/> 助成対象者等は町に住民票がある <input type="checkbox"/> 接種医療機関 (町内・町外 ) <input type="checkbox"/> 交付する予診票に氏名を記入した <input type="checkbox"/> 区分 1「妊娠を希望する女性」の内、現に妊娠している人には、妊娠終了後に接種するよう伝えた <input type="checkbox"/> 同居人は、できるだけ早く接種するよう説明 (出産までが接種可能期間) した <input type="checkbox"/> 予防接種済証 (お知らせ裏面) は、自宅で保管するよう説明した

確認者①                      確認者②