

様式 1

風しん抗体検査及び任意予防接種費用助成金申請書兼請求書

年 月 日

喜多方市長 遠 藤 忠 一 様

申請者（請求者本人）

住 所：

氏 名：

印 *スタンプ式不可

連絡先(日中連絡可能な電話番号)：

（ 風しん抗体検査 ・ 任意予防接種 ） 費用助成金を交付されるよう申請(請求)します。
なお、受領する助成金は下記口座へ振込みください。

助成対象区分	妊娠を予定または希望している女性 妊娠を予定または希望している女性の夫(入籍前可) 妊婦の夫(入籍前可) *いずれかを○で囲む		
本人氏名		生年月日	S・H 年 月 日 (満 歳)
抗体検査日	年 月 日 *妊婦健診や職場健診等で受けた検査日は記入しないこと		
抗体検査の結果	HI法で32倍以上、あるいはEIA法で8. 0以上または国際単位 301 以上のため抗体価十分		
	HI法で32倍未満のため抗体価不十分 EIA法で8. 0未満または国際単位 301U/ml未満のため抗体価不十分 抗体検査結果等で抗体価が不十分であると医師が認めたもの *いずれかを○で囲む		
抗体検査をしていない場合の理由	*妊婦健診や職場健診等の抗体検査結果要添付		
接 種 日	年 月 日 *抗体価が基準値を超える場合は助成不可		
接種ワクチン	風しん単体ワクチン 麻しん風しん混合ワクチン(MR) *いずれかを○で囲む		
検査・接種医療機関	名 称		
	所在地		
医療機関に支払った金額	抗体検査 円	任意接種 円	
助成金請求額	円 ←※記入しないでください		
金融機関振込先 ※振込先の口座名義は請求者本人のものに限ります。			
金融機関名	銀行・金庫		支店
口 座 番 号			普通 当座 *いずれかを○で囲む
ふ り が な			
名義人(本人のみ)			

【以下、市使用欄】

審 査	給付決定額		円	給付決定月日 年 月 日
課 長	課長補佐	室 長	副主任主査・技査	担 当 者