

(様式第 1 号)

NO. _____

令和 7 年度新庄市風しん予防接種等費用助成申請書

年 月 日

(宛先) 新庄市長

申請者 (被接種者)

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____

新庄市風しん予防接種等費用助成事業実施要綱第 3 条の助成について、同要綱第 4 条の規定により申請します。

対象区分	1. 妊娠を希望している昭和 49 年 4 月 2 日から平成 7 年 4 月 1 日生まれ的女性 2. 1 の女性 (抗体価が十分であると確認できた者、風しんの予防接種を 2 回以上受けた者、風しんの罹患歴のある者を除く) の夫及び同居家族 3. 妊婦 (抗体価が十分であると確認できた者を除く) の夫及び同居家族 ※ 2 又は 3 の場合 女性又は妊婦の氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)	
要 件	1. 抗体検査の有無 (ない ・ <u>ある</u> ・ 不明) 結果 (不十分 ・ 十分) 2. 風しんの罹患歴 (ない ・ ある ・ 不明) 3. 風しんの予防接種歴 (ない ・ <u>ある</u> ・ 不明) 接種回数 (_____ 回)	
要件審査	可 ・ 否	否の場合の理由 ・ 過去に接種済 1 回目 (年 月 日) 2 回目 (年 月 日) ・ その他 (同居なし・罹患済・その他)

- 添付書類
- ・ 抗体検査を受けたことがある方は、その結果の写し
 - ・ 対象区分 3 に該当する方は、妊婦の抗体価が不十分 (または検査結果判定前) とわかる書類 (母子健康手帳、抗体検査結果等) の写し