

令和8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	抗体検査 予防接種	1. 妊娠を希望している昭和50年4月2日から平成7年4月1日生まれの女性 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）
	予防接種 のみ	1. 風しん抗体検査（妊婦健康診査による抗体検査を含む。）を受けた者のうち、抗体価が十分でないと判定された者
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