

## 風しん予防接種費用助成申請書

令和 年 月 日

富良野市長 様

私は、富良野市が実施する先天性風しん症候群の発生予防を目的とした風しんの予防接種を受けることを希望するため、富良野市風しん予防接種費用助成事業実施要綱第7条第1項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

なお、助成金の受領については、市と代理受領協定を締結した医療機関に委任します。

また、この申請内容について、市が保有する個人情報を読覧・調査すること、及び医療機関から市へ接種に関する情報が提供されることに同意します。

(ふりがな)		生年月日
申請者氏名 (予防接種を受ける者)		昭和 平成 年 月 日
住 所 電話番号	富良野市 電話	
対象者区分 (該当する番号に○をつけてください。)	1. 年度内満20歳～満49歳の女性 2. 年度内満20歳～満49歳の女性の配偶者または同居者で風しん抗体価が低い者 ※風しん抗体価検査結果を提示してください。 3. 妊婦の配偶者（妊婦氏名 ） ※母子健康手帳を提示してください。 4. 妊婦の同居者で、風しん抗体価が低い者 (妊婦氏名 ) ※母子健康手帳・風しん抗体価検査結果を提示してください。	
料 金 (該当する場合のみ□に✓をつけてください。)	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯に属する ※該当者は生活保護受給者証明書を提出してください。	

☆下記の項目を確認の上、□に✓をつけてください。（予防接種を受ける本人が記入）

- 風しんにかかったことがありません。  
 風しんの予防接種（麻しん風しん混合ワクチンを含む）を2回以上接種していません。

<女性のみ>

- 現在妊娠していません。  
 予防接種後、2か月間は妊娠を避ける必要があることを理解しました。