

藤井寺市風しん予防接種費用助成申請書

年 月 日

藤井寺市長 様

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

藤井寺市が実施する先天性風しん症候群の発生防止を目的とした風しんワクチンの予防接種を受けることを希望するため、下記のとおり、藤井寺市風しん予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定に基づき助成を申請します。

記

住 所	藤井寺市	
	電話	( )
フリガナ		
氏 名		年 月 日生 (満 歳)
質問①	どちらに該当しますか？ 風しん抗体検査の結果、抗体が十分でないと判定された <input type="checkbox"/> 1 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> 2 妊娠を希望する女性の配偶者 <input type="checkbox"/> 3 妊婦の配偶者	
【女性の方に】 質問②	現在、妊娠していますか？ ※「はい」の場合は接種できません	はい  いいえ

※風しん抗体検査の結果のコピーを添付してください。

※ 市記入欄

受付者	記載項目確認	確認事項
	<input type="checkbox"/> 全項目記載	<input type="checkbox"/> 被接種者と別世帯は委任状