

風しん予防接種助成申請書【 予診票 ・ 依頼書 】

(※太枠内の記入をお願いします。)

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ので、任意予防接種費用助成について申請します。

なお、この申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、福津市が調査することに同意します。

申請日 平成 年 月 日

福津市長 様

申請者氏名 _____ (被接種者との続柄: _____)

(住所: _____ TEL: _____)

※代理申請の場合、申請に来られた人の住所等もご記入ください。

接種を希望する人	住 所	福津市	
	電話番号		
	フリカ`ナ		
	氏 名		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
パートナーの氏名	※下記対象者③に該当する人は、差支えなければご記入ください。		

男・女

接種予定医療機関名

※福津市・宗像市以外の医療機関での接種を希望する場合、こちらもご記入ください。

医療機関住所: _____ 電話番号: _____

接種医師名: _____

依頼理由 (該当するものに○): かかりつけ ・ その他 (_____)

※ 接種医師名が不明な場合は、未記入でも差し支えありません。

【対象者確認】(あてはまるところをチェックしてください)

- ①第一子の妊娠を希望している19歳以上49歳以下の女性
- ②第二子以降の妊娠を希望していて、直近の妊婦健康診査の風しん抗体検査で抗体価が32倍以下の19歳以上49歳以下の女性 (現在妊娠中の場合: 出産予定日 年 月 日)
- ③妊婦または妊娠を希望している女性のパートナー

<職員使用欄> 受付日: 平成 年 月 日 受付者: _____

申請者本人確認: 健康保険証 運転免許証 その他(_____)

被接種者本人確認: 健康保険証 運転免許証 その他(_____)

対象者確認: ① 今までに助成を受けたことがない (健康管理システムで確認)

② 妊娠を希望している19~49歳の女性

住基確認 (福津市民であるか)

直近の出産時の母子健康手帳 (第二子以降の場合のみ) 抗体価 _____ 倍

③ 妊婦または妊娠を希望している女性のパートナー

住基確認 (福津市民であるか)

課 長	係 長	係

