

様式第1号（第6条関係）

幕別町麻疹風しんワクチン接種費用助成申請書

年 月 日

幕別町長 様

申請者 郵便番号
住 所
氏 名
電話番号
(対象者との続柄)

幕別町麻疹風しんワクチン接種費用助成事業実施要綱に基づき、次のとおり麻疹風しんワクチン接種費用の助成を申請します。なお、審査のため検査結果など医療機関への内容照会を行うこと、対象者の住所等に関する公簿を閲覧することについて同意します。

対象者名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日
対象者住所 電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 幕別町 電話番号 ()		
対象区分	風しん抗体価検査の結果、抗体価が低く、以下のいずれかに当てはまる者 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する風しん抗体価が低い女性の配偶者及び同居者 <input type="checkbox"/> 風しん抗体価が低い妊娠中の女性の配偶者及び同居者		

添付書類

医療機関が発行する風しん抗体価検査が記載された結果票の写し