

風しん予防接種費用助成事業申請書

住所			
氏名			
性別		生年月日	年 月 日（ 歳）

当てはまる項目に○をつけていただき、費用助成の対象になるか確認してください。（対象外の場合は全額自己負担になります。）

* 昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生の男性は、風しんに関する追加的対策（無料の抗体検査、第5期の定期接種）の対象になります。ご不明な点は、総社市保健福祉部健康医療課（TEL 0866-92-8259）へお問い合わせください。

①接種時点で総社市民であり、今までに総社市から風しん予防接種の費用助成を受けていませんか
（「はい」または「いいえ」に○をつけてください）

はい（②に進んでください）

いいえ（費用助成対象外です）

②妊娠を希望している女性とその夫か、妊娠している女性の夫ですか

（「はい」または「いいえ」に○をつけてください。「はい」の場合は、ア～ウのどれか当てはまるものに○をしてください）

はい（ア～ウのどれか当てはまるものに○をしてください）

ア) 妊娠を希望している女性

イ) 妊娠を希望している女性の夫

ウ) 妊娠している女性の夫

③に進んでください

いいえ（費用助成対象外です）

③次のア・イのどちらか当てはまるほうに○をしてください

ア) 昭和49年4月2日～平成2年4月1日生まれの人

→ **費用助成の対象です**

イ) 平成2年4月2日以降に生まれた人



イ) の場合は、次の問いにお答えください

風しん抗体検査で抗体価が低いと判定され、医師より風しんワクチンの接種を勧められましたか（「はい」または「いいえ」に○をつけてください）

はい → **費用助成の対象です** ※

（裏面に抗体価がわかるもの（氏名が記載された抗体検査結果等の写し）の添付が必要です）

いいえ（費用助成対象外です）

医療機関記入欄

接種年月日		接種医師名	
受けた予防接種の種類	<u>ワクチン名に○をつけてください</u> 麻しん・風しん混合（MR）ワクチン		風しん単独ワクチン

※に該当する方は、ここに抗体価がわかるもの（氏名が記載された抗体検査結果等の写し）を添付してください。

添 付 欄