厚木市風しん予防接種費用一部助成申請書

年　　月　　日

厚木市長　宛て

申請者　住　　所

氏　　名

生年月日　　　　　　年　　　月　　　日

電話番号　　　　　―　　　　　―

厚木市風しん予防接種費用一部助成を利用したく、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請区分  該当箇所に  ☑を入れる。 | 厚木市に住民登録があり次のいずれかに該当する18歳以上の者です。  □妊娠を希望している女性  □妊娠を希望している女性の同居者又は妊娠している女性の同居者  　（妊娠を希望している女性又は妊婦の氏名　　　　　　　　　　） | | |
| 対象条件  確 認 欄  該当箇所に  ☑を入れる。 | これまでに風しん予防接種（ＭＲ、ＭＭＲワクチンを含む）を２回以上接種している。 | □はい | □いいえ |
| 過去に風しんにり患したことがある。 | □はい | □いいえ |
| 過去に厚木市風しん予防接種費用一部助成を受けたことがある。 | □はい | □いいえ |
| 【女性の方】現在、妊娠している又は妊娠している可能性のある方は予防接種ができません。また、接種後、２か月間は妊娠を避ける必要があります。 |  |  |

※ひとつでも「はい」に該当する場合は、この制度の対象となりません。

※助成を受けるために必要な通知については、対象者宛てに郵送します。（申請日から1週間程度）

|  |
| --- |
|  |

【市記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 郵送・ＦＡＸ・窓口・電話・電子 | 受付者 |  |

別紙のとおり、申請者に通知してよろしいか。　（　該当　・　非該当　）

〈確認事項〉

□風しん予防接種履歴

□助成履歴

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 係長 | 係員 | 担当 |
|  |  |  |  |