様式第1号（第4条関係）

飯豊町風しん抗体検査及び風しんワクチン接種費用助成申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　　平成　　年　　月　　日

　　　飯豊町長　後藤幸平　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（接種を受けたい人）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　〒　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　飯豊町大字

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　昭和・平成　　　年　　月　　日（　　歳）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話（　　　　　　）　　　－

　　　　　風しん抗体検査及び風しんワクチン接種費助成事業実施要綱第4条に基づき、下記のとおり

申請します。尚、申請内容について必要に応じて町が保有する住民登録情報を閲覧すること、

および結果等を医療機関に問い合わせることに同意します。

記

**風疹抗体検査及び風疹ワクチン接種の該当者区分**

|  |  |
| --- | --- |
| 　　該当者区分（該当を○で囲む） | （１）　妊娠を希望している女性 |
| （２）　妊娠を希望している女性の夫または同居家族 |
| （３）　妊婦の夫または同居家族 |

〔注意事項〕

１　助成については１人１回限りとします。