

掛川市風しんワクチン等接種費用助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号 ()
接種者との関係

印

掛川市風しんワクチン等接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、予防接種費用に係る助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、申請します。

接種対象者	(フリガナ) 氏 名		性 別	男・女
	生 年 月 日	年 月 日生 (歳)		
	住 所	掛川市	電話番号	()
接種対象者区分	1 妊婦の同居家族 (妊婦氏名) (妊婦との関係) 2 妊娠を希望している女性			
抗体検査結果	検査方法 HI法 ・ EIA法 ・ ELFA法 抗体価・単位 ()			
接種したワクチンの種類	予防接種名 風しん・MR 予防接種日 年 月 日 接種医療機関名 ()			

※市記入欄

全対象者確認事項	妊婦同居家族確認事項
<input type="checkbox"/> 風しん抗体価検査結果	<input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> 妊婦の名前 <input type="checkbox"/> 妊婦の住所 <input type="checkbox"/> 妊婦の風しん抗体価結果
<input type="checkbox"/> 領収書	
<input type="checkbox"/> 口座情報のわかるもの	