

令和 年 月 日

鶴岡市長様

令和6年度 鶴岡市風しん予防接種費用助成申請書

令和6年度 鶴岡市風しん予防接種費用助成事業実施要綱第6条に基づき、次のとおり申請します。
なお、申請内容について市が保有する個人情報について閲覧・調査すること及び医療機関に問い合わせることに同意します。

《申請者(同意者)》

住所 鶴岡市 _____

氏名 _____

生年月日 昭・平 年 月 日 (歳)

電話: 自宅 _____ / 日中連絡先 _____

《代理申請》 住所 _____

氏名 _____ 続柄 _____

*該当する番号に○をつけてください。

| | |
|----|--|
| 1 | 妊娠を希望している29～50歳(令和6年4月1日時点)の女性 |
| ※2 | 抗体価が不十分であると判定された上記1の夫及び同居家族 |
| ※3 | 妊婦(妊娠前あるいは妊婦健診風しん検査で抗体価が不十分である、また妊婦健診結果判定前である妊婦)の夫及び同居家族 |

※2 または 3 の場合 妊娠希望女性(または妊婦)の氏名 _____
2に該当する方は、妊娠を希望している女性の抗体価が不十分とわかる書類(抗体検査結果)、
3に該当する方は、妊婦の抗体価が不十分(または検査結果判定前)とわかる書類(妊娠届出書、母子健康手帳等)の写しを添付してください。

***確認事項**

- 現在、妊娠中ではありません。妊娠している可能性もありません。(女性のみ)
- これまで風しん抗体検査を受けたことはありません。(令和5年度、令和6年度妊婦健診を除く)
- これまで風しんに罹患したことはありません。
- これまで風しん予防接種を2回受けたことはありません。(誤って3回以上接種し、副反応があらわれた場合には、自己責任となることについて同意します。)

本人(代理人) 自署 _____

《受理者記入欄》

| | | | |
|---------------|---|------|----------|
| GPRIME で確認 | <input type="checkbox"/> 助成該当 | 受理者 | 確認者 |
| | <input type="checkbox"/> 非該当 【非該当の理由】 ・過去に本事業で助成を受けた (H 年 月) ・風しん予防接種を2回接種済 ・対象年齢 29～50歳 (S48.4.2～H7.4.1 生) ではない | | |
| 助成票受付No. | | 接種番号 | システム入力済✓ |