

令和 年 月 日

鶴岡市長様

### 令和5年度 鶴岡市風しん予防接種費用助成申請書

令和5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28～50歳(令和5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4年度、令和5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 28～50歳 (S47.4.2～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✓