

平 川 市 長 殿

## 風しん抗体検査及び予防接種費用助成申込書

風しん抗体検査、予防接種を受けたいので、次のとおり申し込みます。

氏 名	フリガナ
生 年 月 日	
住 所	平川市
電 話 番 号	

**【確認事項】** 下記を確認の上チェックしてください。

**（過去に受けた抗体検査について）**

過去に抗体検査を受けました。(検査年月日: 年 月 日、検査結果: HI EIA )

**（妊娠を希望希望する女性）**

現在、夫又はパートナーがおり、近い将来妊娠を希望しています。(市内に住所登録ある方)

現在妊娠していません。

予防接種後、2箇月間は妊娠を避ける必要があることを理解しました。

**（夫、同居家族の場合）**

妊娠を希望する者の同居家族

配偶者、同居家族が妊娠中で抗体価が低いです。(妊婦氏名 抗体価 )

受付日	年 月 日	受付者	
発送日	年 月 日	【受付方法】 受付区分を○で囲む 窓口 電話 郵送 FAX	