

(宛先)中央区長

受付日	年	月	日
交付日	年	月	日

中央区風しん抗体検査及び予防接種予診票兼助成金申請委任状交付申請書

次の理由により、中央区風しん抗体検査及び予防接種予診票兼助成金申請委任状の交付申請をします。

申請者氏名		被接種者等 との続柄		
申請者住所	〒 中央区			
被受検・ 接種者	ふりがな		男 ・ 女	
	氏名			
被受検・ 接種者住所	〒 中央区			
生年月日	年 月 日生まれ			
連絡先電話番号	()			
次の質問に対して当てはまるものに丸をつけてください。 ※①風しんのり患歴がある方、②風しん・MRの予防接種を受けたことがある方、③風しんの抗体検査を受けたこと があり、抗体価が区の基準(HI法16倍以下、EIA法8.0未満)より高い方は助成の対象外です。				
①今までに風しんにかかったことがありますか？		はい	いいえ	不明
②今までに風しん・MRの予防接種を受けたことがありますか？		はい	いいえ	不明
③今までに風しんの抗体検査を受けたことがありますか？		はい その時の抗体価 ()	いいえ	不明
対象となる理由 (いずれかにチェック をつけてください)	<input type="checkbox"/> ① 妊娠を希望していて、風しん未り患・未接種・未検査(り患・接種・検査歴 不明)の女性又はその同居者 <input type="checkbox"/> ② 妊婦の同居者で、風しん未り患・未接種・未検査(り患・接種歴不明)のため。 <input type="checkbox"/> ③ 以前、妊婦健診等で風しん抗体価が十分でなかったため。 ※ 妊婦健診:母子健康手帳の妊婦健康診査の抗体検査欄に抗体価の記載があるも のの写しを添付してください。 ※ 妊婦健診以外:風しん抗体検査結果の写しを添付してください。 (HI法16倍以下、EIA法8.0未満の方が対象です。)			

職員使用欄

【住民確認】	<input type="checkbox"/> 母子手帳	<input type="checkbox"/> システム	<input type="checkbox"/> その他
【有効期限控え】	年	月	日

担当者氏名 _____