

# 大館市風しん予防接種費用助成申請書及び委任状

令和 年 月 日

大館市長 様 風しん抗体検査を受けた結果、ワクチンの接種を推奨され、風しん予防接種費用の助成を受けたいので申請します。この助成金の請求・受領については、接種した医療機関へ委任します。

## 記

申請者 <small>(接種を受ける人。 ただし、未成年の 場合は保護者)</small>	住所	大館市			
	氏名 <small>ふりがな</small>	電話 ( )			
接種を 受ける人	氏名 <small>ふりがな</small>	(申請者本人の場合、省略可)		性別	男・女
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)			
区分	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の夫又はパートナー <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> 妊婦の夫又はパートナー <sub>3</sub>				
確認 事項	<input type="checkbox"/> 風しん抗体検査の結果報告書等の記録を持参しており、結果は以下の枠内に記載のとおり。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p>検査年月日：平成・令和 年 月 日</p><p>検査結果：[いずれかに○または、記入をお願いします]</p><p>① HI法の場合 : 8倍未満・8倍・16倍</p><p>② EIA法の場合 : 陰性又は判定保留・EIA価8.0未満</p><p>③ その他検査方法で、接種医師等から、風しんの予防接種を推奨 抗体検査名 ( ) 抗体価 ( )</p><p>※③の検査での予防接種推奨の判断については、接種医師の判断になります。</p></div> <input type="checkbox"/> 上記、風しん抗体検査後、風しん(麻しん風しん)の予防接種は接種していない。 <input type="checkbox"/> (13歳以上の女性のみ) 現在妊娠をしておらず、妊娠している可能性もない。 <input type="checkbox"/> (13歳以上の女性のみ) 予防接種後、2か月間は妊娠を避ける必要があることを理解した。 ※必要な項目全てにチェック・記載がない場合、対象にはなりません。				

### <医療機関記入欄>

実施医療機関名		接種日	令和 年 月 日
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん(MR混合)予防接種A <input type="checkbox"/> 風しん予防接種B		
助成額	6,000円・3,000円・全額 ( 円) ※全額の場合：緊急時医療依頼証番号 ( )		

