様式第2条（第9条関係）

風しん予防接種助成申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込日 | 平成　　　年　　月　　日 | 受付日　　平成　　　年　　月　　日　 |
| 氏　名 |  | 男・女 | T・S・H | 年　　月　　日生（　　　歳） |
| 住　所 | （〒　　　－　　　　）　　　　　市・郡　　　　　　　町 |
| 電話番号 | 自宅　　　　－　　　－ | 携帯電話　　　　－　　　　－　　 |

　※この連絡先等の個人情報は、予防接種助成の為に記載をお願いするものです。

**・該当する対象区分に○をお付けください。**

|  |  |
| --- | --- |
|  | ＜対象区分①＞熊本県風しん抗体検査事業において、予防接種が必要と判断された方 |

※風しん抗体検査を受けた医療機関から送付された風しん抗体検査結果通知書のコピーを添付して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
|  | ＜対象区分②＞過去の風しん抗体検査（妊婦健診など）において、ＨＩ抗体価が16倍以下相当で、妊娠を希望する女性 |

※母子手帳のコピーなど、過去の抗体検査の結果が分かるものを添付して下さい。

|  |
| --- |
| 【受診者署名欄】　○上記の理由により風しん予防接種助成を希望します。　　　　　　　　　　　　　　　自署または記名押印　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

～風しんの予防接種を希望される女性の方へ～

○妊娠中の女性及び妊娠をしている可能性がある女性は、風しんの予防接種を受けることができません。また、接種後、少なくとも2カ月間の避妊が必要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 助成券番号 | 産山村－ |