

様式第2（第7条関係）

半田市風しん予防接種個人負担金免除申請書

年 月 日

半田市長 殿

(〒 -)

申請者 住 所

氏 名

生年月日 年 月 日 (歳)

電話番号

私は、風しんにかかったことがなく、かつ、抗体検査により風しんの免疫が不十分（H I 抗体価が16倍以下、E I A法によるE I A価が8.0未満、F I A法による抗体価A I *が3.0未満等）と判断され、半田市風しん予防接種実施要綱第4条に規定する下記対象者に該当します。

対象者該当 (いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性 (右のいずれかに○ → 経産婦以外 ・ 経産婦) <input type="checkbox"/> 上記の夫（内縁の夫を含む。） <input type="checkbox"/> 妊婦の夫（内縁の夫を含む。）
----------------------	--

つきましては、同要綱第7条第2項に規定する下記対象者に該当するため、風しん予防接種における個人負担金の免除を申請します。また、市担当者が免除条件及び市税等の納付状況の確認調査を行うことに同意します。

個人負担金 免除対象者該当 (いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他市長が公益上の必要その他特別の理由があると認める場合
---------------------------------	--

・ 接種予定日 _____ 年 月 日

・ 接種予定医療機関 _____

【添付書類】 風しん抗体検査結果証明書の写し（過去2年以内に受検したもの）

職員確認印