

半田市風しん予防接種申請書

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

印

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、またはF I A法による抗体価A I *が3.0未満であること。またはE L F A法、L T I法、C L E I A法において、別表1の抗体価であること。）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。

つきましては、風しん予防接種を受けたいので、同要綱第6条の規定に基づき、次のとおり申請します。

【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）

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。）
----------------------	--

《 医 療 機 関 記 入 欄 》

次の項目について、証明します。	
接種費用徴収額	円
医療機関確認項目	接種したワクチン <input type="checkbox"/> 風しん単独ワクチン <input type="checkbox"/> MRワクチン <input type="checkbox"/> 上記の被接種者を健康保険証等で本人確認した。 ↳ <input type="checkbox"/> 生活保護受給又は市民税非課税世帯以外の方 <input type="checkbox"/> 生活保護受給又は市民税非課税世帯の方（自己負担免除） *生活保護受給又は市民税非課税世帯の方については、被接種者より「半田市風しん予防接種個人負担金免除可否決定通知書（様式第3）」の提出を受け、本状に添えて半田市保健センターに提出してください。 <input type="checkbox"/> 上記の被接種者の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）を確認した。（検査日： 年 月 日） ↳ <input type="checkbox"/> H I 法：H I抗体価が16倍以下である。 <input type="checkbox"/> E I A法：E I A価が8.0未満である。 <input type="checkbox"/> その他の抗体検査（ ） ↳ <input type="checkbox"/> 愛知県風しん抗体検査事業の検査結果証明書である。 <input type="checkbox"/> 上記以外の検査結果証明書である。 *必ず、被接種者より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）の提出を受け、本状に添えて半田市保健センターに提出してください。
接種年月日	年 月 日
医療機関名	