

天理市風しん予防接種費用助成申請書

令和 年 月 日

天理市長様

申請者 住 所 天理市 町

(ふりがな)

氏 名

(被接種者との続柄)

電話番号 ()

任意による風しん（麻しん風しん混合ワクチンを含む）予防接種費用の助成を申請します。

被接種者	(ふりがな)	
	氏 名	
	生年月日	
	住 所	天理市 町
誓約・同意事項 ※誓約・同意する場合は☑を入れてください	<input type="checkbox"/> この申請に係る住民基本台帳及び予防接種履歴及び医療機関等における情報について天理市が必要と認めた場合に確認すること <input type="checkbox"/> 平成 20 年 4 月 1 日以前に生まれた妊娠を予定している女性 <input type="checkbox"/> 風しんワクチン（MR 含む）を 2 回接種していない 又は風しん抗体検査の結果、抗体価が低いという証明がある (接種日から 5 年以内の証明できるものを添付すること) <input type="checkbox"/> 風しんにかかったことがない	

【職員確認欄】

申請日の住民票	接種日の住民票	予防接種歴又は抗体検査結果	罹患歴