様式第１号

　令和　　　年　　月　　日

**川西町風しん予防接種等費用助成申請書**

川　西　町　長　殿

私は、令和２年度川西町風しん予防接種等費用助成事業実施要綱第５条に基づき、下記により申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |
| 住所 | 川西町大字 |
| 電話番号 |  |
| 生 年 月 日 | 昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳） |
| 抗体検査歴 | 過去に助成を受けて抗体検査を受けたことがありますか？  無　・　有 |
| 予防接種歴 | 過去に助成を受けて予防接種を受けたことがありますか？  無　・　有  いままで風しんの予防接種を２回受けたことがありますか？  無　・　有 |
| 風しんの罹患歴 | 無　・　有 |
| 希望理由  （いずれかに〇をつけてください） | （　）妊娠を希望している２５歳から５０歳（令和2年4月1日現在）の女性  （　）妊娠を希望している２５歳から５０歳（令和2年4月1日現在）の女性（抗体価が十分ある方、過去に風しんにり患した方及び予防接種を２回実施した方を除く。）の夫及び同居家族  （　）風しん抗体価が十分でない妊婦の夫及び同居家族  妊婦氏名　　　　　　　　　　　風しん抗体値　HI法　　　　倍  EIA法 |
| 備考 |  |