

令和4年度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4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○をつけてください)	() 妊娠を希望している27歳から50歳(令和4年4月1日現在)の女性 () 妊娠を希望している27歳から50歳(令和4年4月1日現在)の女性 (抗体価が十分ある方、過去に風しんに罹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	