

第3号様式（第7条関係）

大磯町風しん予防接種等接種費用一部助成金交付申請書

年 月 日

大磯町長 殿

住 所 _____

氏 名 _____

昭・平 年 月 日生

私は、麻しん風しん混合（MR）ワクチン接種又は風しん単体ワクチン接種に当たり、予防接種の費用について助成を受けたいので、次の事項を確認し、申請します。

なお、申請に当たり、助成の対象者であることを確認する目的で、町が私に関する個人情報を確認すること及び接種に関して医療機関等に問い合わせることに同意します。

1 申告欄 ※当てはまるものにチェックを入れて、該当する情報を記入してください。

<input type="checkbox"/> 私は、妊娠を予定又は希望している女性です。		
<input type="checkbox"/> 私は、妊娠を予定又は希望する女性の同居者です。		
【同居する女性の氏名】	【生年月日】	【同居する女性からみた続柄】
	昭・平 年 月 日（ 歳）	
【同居する女性の住所】	※申請者と住所が異なる場合は、助成の対象外です。	
<input type="checkbox"/> 私は、妊婦の同居者です。		
【妊婦の氏名】	【生年月日】	【妊婦からみた続柄】
	昭・平 年 月 日（ 歳）	
【同居する妊婦の住所】	※申請者と住所が異なる場合は、助成の対象外です。	

2 確認欄 ※回答欄のいずれかに○を記入してください。

確認事項	回答欄		
(1) 風しんにかかったことがありますか。	ある	ない	不明
(2) 麻しん風しん混合（MR）ワクチン又は風しん単体ワクチンの接種歴	ある	ない	不明
【女性のみ】(3) 妊娠について	妊娠中	妊娠中でない	

3 接種内容

接種年月日	年 月 日	接種費用	円
医療機関名		医療機関電話番号	
医療機関住所			
接種区分	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（MR）ワクチン（助成額 5,000 円）		
	<input type="checkbox"/> 風しん単体ワクチン（助成額 3,000 円）		