

# 板柳町風しん抗体検査及び風しん等任意予防接種費用助成申請書

令和 年 月 日

板柳町長 殿

住所	板柳町
申請者 氏名	
(窓口に来た方のお名前) 申請者との続柄	
電話	

## ◆該当する番号を○で囲んでください

- (1) 妊娠を希望する者
- (2) 妊娠を希望する者の同居者
- (3) 風しん抗体価の低い妊婦の同居者

私は、上記の要件に該当し抗体検査及び予防接種を希望しますので下記のとおり申請します。

## ◆助成を受ける人

住所	板柳町		
フリガナ		性別	男・女
氏名			
電話番号			
生年月日	昭和・平成	年	月 日 ( 歳)

## ◆以下は記入しないで下さい。

本人確認書類 (コピー)	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他( )
-----------------	---

受理年月日	住民登録	履歴等確認	該当の有無
令和 年 月 日	1. 有 2. 無	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 予防接種台帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )	1. 該当 (発行NO. ) 助成券交付 2. 非該当 理由等