

受付番号 _____

任意予防接種費用助成申請書 (風しん)

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

益子町長 大塚 朋之 様

いままでに風しん (麻しん風しん混合) ワクチンの接種を受けたことがありますか。

1 ない 2 ある ⇒ 接種を受けた日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 3 不明

【女性の方へ】

①現在妊娠している又は妊娠している可能性はありますか。 1 いいえ 2 はい

②予防接種後、2ヶ月間は妊娠を避ける必要があることを理解していますか。

1 はい 2 いいえ

風しん (麻しん風しん混合) ワクチンの接種を希望しますので、接種費用の助成を申請します。

【申請者 (予防接種を受ける方)】

住 所 益子町 _____ (_____ 自治会名)

ふりがな
氏 名 _____ 印 (男 ・ 女)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 _____ 歳)

電話番号 _____

事務処理欄