

風しん予防接種補助事業申請確認書

予防接種名及び自己負担額 (いずれかに○をつけてください)		麻しん風しん(MR) 予防接種 (自己負担額	円)
		風しん単独予防接種	(自己負担額 円)
交付申請額	円		
※風しん抗体価の「低い」の該当者—抗体検査でHI価1:16以下あるいはEIA-IgG価8.0未満	該当理由 (当てはまるほうに○をつけてください。)	妊娠を希望する女性	風しん抗体価
		妊娠をしている者の同居者	妊婦 風しん抗体価
			同居者 風しん抗体価
	生活保護対象者に該当する (はい・ いいえ)		

添付書類

- ※① 領収書—医療機関の発行した領収書 (氏名、住所、接種した予防接種名、接種日のわかるもの)
- ※② 接種者本人の風しん抗体検査結果 (母子手帳や検査結果)
- ※③ 妊婦さんの同居者は、妊婦の母子手帳、妊婦の風しん抗体検査結果、同居を証明する書類 (保険証・免許証・その他住所と名前のわかる書類)