

様式第1号（第5条関係）

吉岡町麻しん風しん予防接種申請書

年 月 日

吉岡町長 様

申請者（来所した人）

住所 _____

氏名 _____

麻しん風しん予防接種を受けたいので、吉岡町麻しん風しん予防接種費用助成金支給事業実施要綱第5条の規定により関係書類を添えて下記のとおり申請します。また、申請に伴い、私の住民基本台帳及び町税等の滞納がないことについて町が必要な調査をすること並びに医療機関等に町が必要に応じて問い合わせることに同意します。

記

ふりがな	
接種者氏名	
生年月日	年 月 日（ 歳）
住所	
電話番号	
接種該当事由 (チェックしてください。)	<p><u>抗体価が不十分とされ、以下のいずれかに該当</u></p> <input type="checkbox"/> 0歳児の同居者 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性またはその同居者 <input type="checkbox"/> 妊娠をしている女性の同居者 ※現在妊娠中の女性は接種できません。
抗体検査の種類 及び実施医療機関	<input type="checkbox"/> 麻しん抗体検査 <input type="checkbox"/> 風しん抗体検査 <u>医療機関名</u> _____
接種希望ワクチン	<input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合
接種医療機関	

吉岡町麻疹風しん予防接種申請委任状

年 月 日

吉岡町長 様

委任者（接種を受ける人）

住所 _____

氏名 _____

私は、下記の者を代理人と定め、吉岡町麻疹風しん予防接種費用助成金の申請を委任します。

吉岡町麻疹風しん予防接種費用助成金代理申請者

住所 _____

氏名 _____

続柄 _____