

様式第1号（第4条関係）

大山町風しんワクチン緊急接種事業助成金申請書

次のとおり大山町風しんワクチン緊急接種事業助成金を申請します。

年 月 日

大山町長 様

住所
申請者
氏名 印

接種者住所	
接種者氏名	
生年月日	年 月 日
申請者との続柄	
接種した予防接種の種類 (該当するものに✓をする)	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん風しんワクチン (MR)
予防接種に要した額	円
申請額※1	円
申請理由 (該当するものに✓をする)	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 □鳥取県風しん対策特別促進事業による抗体価検査を受け、抗体価が低く医師からワクチン接種を勧められた □上記以外の検査 (妊婦健診等) により抗体価が低く医師からワクチン接種を勧められた <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 (風しん抗体価が低い者に限る。) の同居者 ※風しん抗体価の低い者のみ <input type="checkbox"/> 妊婦の配偶者及び同居者
予防接種実施日	年 月 日
実施医療機関	