

(様式2)

風しん予防接種助成申込書

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
氏 名	年 月 日生 (歳)		
住 所	(〒 -) 阿蘇郡高森町大字		
電話番号	自宅 - -	携帯電話	- -

○対象区分

- ・該当する対象区分に○をお付けください。
- ・なお、風しんの定期接種対象の方並びに風しん抗体検査受検後に風しんの予防接種を受けた方及び検査で風しんの確定診断を受けた方は対象外となります。

<input type="checkbox"/>	<対象区分①> 熊本県風しん抗体検査事業において、予防接種が必要と判断された方
<input type="checkbox"/>	<対象区分②> 妊娠を希望する女性とその配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあるものを含む）などの同居者（生活空間を同一にする頻度が高い者）で、過去の風しん抗体検査において、風しんの抗体価が低かった（HI 抗体価が16倍以下相当）方
<input type="checkbox"/>	<対象区分③> 風しんの抗体価が低い妊娠している女性の配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあるものを含む）などの同居者（生活空間を同一にする頻度が高い者）で、過去の風しん抗体検査において、風しんの抗体価が低かった（HI 抗体価が16倍以下相当）方

○添付書類

- ☐ 対象区分①の方：熊本県風しん抗体検査事業の風しん抗体検査結果通知書の写し
- ☐ 対象区分②の方：母子手帳の写しや風しん抗体検査結果の写しなど
- ☐ 対象区分③の方：母子手帳の写しや風しん抗体検査結果の写しなど

【申込者署名欄】

○上記の理由により風しん予防接種助成を希望します。

氏名 _____

～風しんの予防接種を希望される女性の方へ～

○妊娠中の女性及び妊娠をしている可能性がある女性は、風しんの予防接種を受けることができません。また、接種後、少なくとも2カ月間の避妊が必要です。

助成券番号	高森町 -
-------	-------