

(様式第 1 号)

風しん予防接種費用補助金交付申請及び実績報告書

年 月 日

(あて先) 合志市長

風しん予防接種を下記のとおり接種しましたので、補助金を申請し併せて実績を報告いたします。

申請者 〃 ー

住 所

氏 名

生年月日

電話番号

◆接種状況について

予 防 接 種 を 受 け た 理 由	☐ (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ため。 ☐ (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）者であるため。 ☐ (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）者であるため。 ただし、(1)、(2)、(3) 共に、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。
接種日	年 月 日
接種ワクチン	☐ 麻しん風しん混合ワクチン（MR ワクチン） ☐ 風しんワクチン
接種医療機関	
接種費用	円

<添付資料>

- (1) 予防接種を受けた領収書
- (2) 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、若しくは、過去の風しん抗体検査（妊婦健診など）において、風しんの抗体価が低かった（HI抗体価が16倍以下相当だった）ことを証明する書類の写し
- (3) 予防接種を受けた理由(3)の場合、妊娠している女性の風しんの抗体価が低かった（HI抗体価が16倍以下相当だった）ことを証明する書類の写し