様式第１号

≪播磨町麻しん・風しん予防接種費用助成を受けるにあたっての確認事項≫

●次の項目を確認のうえ、□にレ印をつけてください。（不明な場合は、「不明」とご記入ください）

□　過去にMR(麻しん風しん混合)ワクチンの予防接種費用助成を受けたことがありません。

□　麻しんや風しんにかかったことがありません。

□　麻しんや風しんの予防接種（麻しん風しん混合、麻しん風しんおたふくかぜ混合ワクチンを含む）を受けたことがありません。

□　（女性の方のみ）　現在妊娠していません。接種前１か月、接種後２か月間は避妊する必要があることを理解しました。

上記について、間違いありません。また、この助成金交付決定にあたり、必要に応じ、接種対象者の予防接種履歴について調査を受けることに同意します。

署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代理：　　続柄：　　）

播磨町麻しん・風しん予防接種費用助成金交付申請書

年　　月　　日

播磨町長　様

麻しん・風しん予防接種費用助成金の交付を受けたいので、播磨町麻しん・風しん予防接種費用助成要綱により、下記のとおり申請します。

接種対象者	住　　所	播磨町		
	氏　　名		性別	男・女
	生年月日	昭・平　　年　　月　　日（満　　歳）		
	電　　話	（　　）　　－		
	申請理由	１．妊娠を予定している女性または妊娠を希望する女性 ２．妊婦の同居家族（続柄：　　） ３．その他希望する者		
申請者	住　　所			
	氏　　名		続柄	

※　連絡をさせていただく場合がありますので、日中連絡がつく電話番号（携帯等）は必ずご記入ください。

※　接種対象者が未成年の場合、申請者欄は保護者についてご記入ください。