

幸田町風しん対策補助券交付申請書

年 月 日

(宛先) 幸田町長

申請者（抗体検査又は予防接種を受ける人）

住 所	幸田町大字
ふりがな 氏 名	(男・女)
生年月日	年 月 日 (歳)
電話番号	

幸田町風しん対策補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、この申請について、幸田町が住民登録情報を閲覧することに同意します。

別紙「風しんフローチャート」を御覧いただき、必要事項を記入してください。	
該当要件 (当てはまる番号に○を付けてください。)	<p><u>これまでに幸田町風しん対策の助成を受けたことがない方であって、</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 妊娠を予定、又は希望する女性で保健所の抗体検査助成対象者 2 1以外の妊娠を予定、又は希望する女性 3 妊娠を予定、又は希望する女性の同居者で保健所の抗体検査助成対象者 4 3以外の妊娠を予定、又は希望する女性の同居者 5 免疫不十分の妊婦の同居者
申請項目	<input type="checkbox"/> 抗体検査 <input type="checkbox"/> 予防接種
(該当要件3、4、5のいずれかに該当する方) 妊娠を予定若しくは希望している女性の氏名	
世帯状況	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯 (同意書) 私は、世帯全員の同意により、幸田町が生活保護又は課税の状況を確認することに同意します。
交付番号	(事務局使用欄)

申請時に持参するもの

- ・風しんに対する免疫が十分でない妊婦の同居者については、妊婦の風しんに対する免疫が十分でないと判断する抗体価が分かる書類の写し

注意事項

幸田町へ転入された非課税世帯の方は、世帯全員の住民票及び課税（所得）証明書が必要となる場合があります。