

様式第1号(第5条関係)

五條市風しん予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

五條市長 様

申請者 氏

住 所 : 五條市 _____

氏 名 : _____

電話番号 : _____

五條市風しん予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

接種者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ		
生年月日	年 月 日		
接種予定医療機関			
対象区分	<input type="checkbox"/> 1	妊娠を予定している女性(配偶者がいる又は6ヶ月以内に婚姻予定である)	
	<input type="checkbox"/> 2	妊婦の夫	妊婦氏名()
			親子健康手帳発行番号()
	<input type="checkbox"/> 3	妊婦の同居家族	妊婦氏名()
親子健康手帳発行番号()			

以下の事項を確認してください。

- 上記申請のため接種者の戸籍等について確認することに同意します。
- 妊娠中、またはその可能性はありません。
- 接種後2ヶ月間は避妊が必要です。