別記

第１号様式（第４条関係）

課　長	係　長	係

風しん予防接種助成申請書

令和　　年　　月　　日

柏崎市長　様

風しん予防接種の助成について申請します。

なお、柏崎市がこの申請の確認の目的で必要な個人情報を利用することに同意します。

（※個人情報は、上記の目的以外には使用しません。ただし、法令に定めのある場合又は公益上の必要がある場合には、市の個人情報保護審査会の承認を得て、目的外に使用することがあります。）

申請者（予防接種を受けた人）

住　所	〒 柏崎市		
フリガナ		性別	男　・　女
氏　名			
電話番号			
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日　（満　　歳）		
申請区分	□妊娠を希望する女性 □妊娠を希望する女性の同居者 □抗体価が低い妊婦の同居者 妊婦の氏名（　　）□当該妊婦の抗体価の確認		
抗体価	□助成対象となる値であることを確認しました □HI 法：16 倍以下 □EIA 法：陰性若しくは判定保留又は EIA 価が 8.0 未満の陽性		

【添付書類】

□抗体検査結果

□領収書および接種ワクチンの種類が分かる書類

□本人名義の預貯金通帳等

□本人確認書類（□免許証　□健康保険証　□パスポート　□その他（　　））

□（妊婦と同居の夫および親族等のみ）当該妊婦の母子健康手帳

□（妊婦と同居の夫および親族等のみ）当該妊婦の抗体検査結果

申請者本人でない方が申請するときは、以下を記入してください。

委　任　状

委任者（本人）

住　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、次の者を代理人に定め、上記の申請についての権限を委任します。

代理人（窓口に来られる方）

住　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【委任される人の本人確認書類】　□免許証　□健康保険証　□パスポート　□その他（　　）