様式第１号（第７条関係）

阿久比町任意接種費助成事業申請書

年　　月　　日

　阿久比町長　殿

申請者

住　　所

氏　　名

電話番号

　阿久比町任意接種費助成事業を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 | □申請者と同じ | 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 住所 | □申請者と同じ |
| 希望する任意接種 | □帯状疱疹（□水痘ワクチン・□帯状疱疹ワクチン） |
| □高齢者肺炎球菌（２３価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン）・定期接種での接種歴　□無　□不明・本人負担額の免除申請　□する　□しない（該当事由□住民税非課税世帯　□生活保護世帯　□中国残留邦人等） |
| □風しん（□風しんワクチン・□麻しん風しん混合ワクチン）・ワクチン接種歴　□無　□不明　・風しん既往歴　□無　□不明・風しん抗体価（　　　）倍・EIA価・IU/ml・その他（　　　）　検査実施日　　　　　年　　月　　日　検査法（　　　　　　　　　　　　　　　）法 |
| 接種医療機関 |  |
| 私は、過去に本町及び他の市町村から本事業と同様の助成を受けていません。また、本事業の事務処理に必要な範囲において、町が公簿の閲覧をすること及び接種医療機関が私の助成金を代理受領することに同意します。対象者氏名（自署）　　　　　　　　　　　　 |

添付書類　風しん抗体検査結果票（風しんの接種を希望する場合のみ）