

年 月 日

（あて先）八戸市長

八戸市風しん抗体検査及び予防接種費用助成申請書

住 所 _____ 八戸市

（フリガナ）

申請者 氏 名 _____

電話番号 _____

八戸市風しん予防接種等助成事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。また、この申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、八戸市が調査することに同意します。

(フリガナ) 受ける方の氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ <input type="checkbox"/>
生 年 月 日	年 月 日 (歳)
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ <input type="checkbox"/> 八戸市
希 望 理 由 (いずれかに○をつけて下さい)	() ① 妊娠を予定又は希望する 16 歳以上 50 歳未満の女性 () ② ①の女性の夫 () ③ 妊婦の夫 () ④ 妊婦の同居家族 } 妊婦（希望）氏名 (_____)
備 考	

- （添付書類）
- ・対象者が④の場合は、当該妊婦の母子健康手帳等の写し
 - ・対象者が②又は③であり、その妻の住民登録が八戸市外である場合は、婚姻関係を証明する書類（戸籍抄本等）の写し
 - ・過去に抗体検査を受けたことがある場合は、当該抗体検査の結果の写し

【提出先】 〒031-0011 八戸市田向 3-6-1 八戸市保健所保健予防課 予防接種グループ