

中野区 風しん抗体検査助成券及び予防接種予診票 交付申請書

検査及び接種を受けたい方の該当する□にチェックを入れてください。

(太枠) に囲まれた□にチェックが付いていない場合は申請できません。

<input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 19歳以上	<input type="checkbox"/> 妊娠を予定または希望する本人	
		<input type="checkbox"/> 妊婦 もしくは 妊娠を予定または希望する19歳以上の女性と同居している	
<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 30歳～59歳 ※ (一部対象外)	妊婦 もしくは 妊娠を予定または希望する19歳以上の女性と	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同居していない
	<input type="checkbox"/> 19歳～29歳 または 60歳以上	<input type="checkbox"/> 妊婦 もしくは 妊娠を予定または希望する19歳以上の女性と同居している	

同居女性の氏名

同居女性の生年月日

年 月 日

※ 同居とは住民票上の住所が同じであることです。

※ 昭和37.4.2～54.4.1生まれの方は、国の制度の対象のため、本制度から除きます。

年 月 日

中野区長 あて

収受印 (区使用欄)	【申請者】 住所 中野区 <hr/> フリガナ 氏名 連絡の取れる電話番号 ()	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
------------	---	-------------------------------

下記により、風しん抗体検査助成券及び予防接種予診票の交付を申請します。

記

対象者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
		<input type="checkbox"/> 申請者と異なる フリガナ 氏名
住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
		<input type="checkbox"/> 申請者と異なる 中野区
	生年月日	年 月 日 生まれ 満 歳

【申請書の提出先】 おひとり1枚ご提出ください。記入漏れがないかご確認をお願いいたします。

郵送 : 〒 164-0001 中野区中野2-17-4 中野区保健所 風しん担当

窓口 : 中野区保健所 2階4番 平日8時30分～17時 ※ 保健所以外では受付していません。

FAX : 03-3382-7765

※ 郵送事故やFAX誤送信等による申請書の未着や延着については、責任を負いかねます。
区より到着確認の連絡はしていませんのでご了承ください。

-----以下、職員使用欄-----

助成対象区分 A · B · C

職員サイン