

令和      年      月      日

(あて先)    前橋市長

風しん抗体検査受診券    交付申請書

下記のとおり、風しん抗体検査を受けるため申請します。

|                  |                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                     |      |                                        |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------|
| 抗体検査を希望する人       | ふりがな                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                     | 生年月日 | 昭和 / 平成                                |
|                  | 氏 名                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                     |      | 年      月      日 (      歳)              |
|                  | 分類                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 妊娠希望の女性<br><input type="checkbox"/> 【妊娠希望する女性又は妊婦】の配偶者<br><input type="checkbox"/> 【妊娠希望する女性又は妊婦】の同居者<br>(妊娠希望する女性又は妊婦と住民票上の住所が同一であることに限る) |      |                                        |
|                  | 住民票上の住所                                                                                                                                                                          | 前橋市                                                                                                                                                                 |      |                                        |
| 妊娠希望の女性<br>または妊婦 | ふりがな                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                     | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 同上<br>昭和 / 平成 |
|                  | 氏 名                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 同上                                                                                                                                         |      | 年      月      日 (      歳)              |
|                  | 分類                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 妊婦<br><input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性                                                                                                   |      |                                        |
|                  | 検査歴                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 過去に検査を受け十分な風しん抗体価がない<br>検査結果(抗体価) : HI 法 16 倍以下、HI 抗体価「1 : 16 以下」に相当する抗体価<br><input type="checkbox"/> 過去に検査を受けたことはない又は、検査結果が不明             |      |                                        |
| 電 話              | (日中、連絡がとれる電話番号をご記入ください)                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                     |      |                                        |
| 確認・同意事項          | <input type="checkbox"/> 過去に、本事業の助成を受けたことがない。<br><input type="checkbox"/> 本事業の対象者であることの確認が必要な場合、市が保有する個人情報を調査および確認することに同意します。<br>なお、配偶者又は同居者は、原則、妊娠を希望する女性と <u>同時に申請</u> してください。 |                                                                                                                                                                     |      |                                        |

収集した個人情報は本事業の目的以外に使用しません。個人情報の保護に関する法律に基づき、適正に管理します。

【必要書類】

妊娠を希望されている方や妊婦の方で、過去に検査を受けたことがある場合は、**風しん抗体検査結果**をご持参ください。

また、妊婦の方は、**母子健康手帳**もお持ちください。

市記入欄

| 受付日 | 対応者 | 申請方法                         | 妊娠希望の女性または妊婦                     |        |                                |        |
|-----|-----|------------------------------|----------------------------------|--------|--------------------------------|--------|
|     |     |                              | 分類                               | 必要書類   | 検査歴                            | 必要書類   |
|     |     | <input type="checkbox"/> 窓口  | <input type="checkbox"/> 妊婦      | 母子健康手帳 | <input type="checkbox"/> あり    | 抗体検査結果 |
|     |     | <input type="checkbox"/> メール |                                  |        |                                |        |
|     |     | <input type="checkbox"/> 郵送  | <input type="checkbox"/> 妊娠希望の女性 | —      | <input type="checkbox"/> なし・不明 | —      |