

(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、風しん抗体検査受けるため申請いたします。

| | | | |
|-------------------------------------|---|------------|---|
| 確認・同意事項 | <p>下記についてお読みいただき、該当する項目にチェック☑を入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 前橋市に住民登録がある。</p> <p><input type="checkbox"/> 過去に、本事業の助成を受けたことがない。</p> <p><input type="checkbox"/> 過去に本事業に限らず、風しん抗体検査を受けたことがない、又は風しん抗体検査を受けた結果十分な風しん抗体価があることが判明していない。 <small>◎風しんに係る抗体検査は、妊娠中の健診（妊婦健康診査）や風しんの追加的対策等でおこなっています。 ◎抗体価が低く（HI法16倍以下）、平成2年4月2日より前に生まれた人は、条件により予防接種費用の一部助成を受けることができます。詳細については、市ホームページをご覧ください。</small></p> <p><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。</p> <p><u><いずれかの数字に○をつけてください（必須）></u></p> <p>1 妊娠を希望する女性 2 妊娠希望する女性又は風しんの抗体が低い妊婦*の配偶者 3 妊娠希望する女性又は風しんの抗体が低い妊婦*の同居者**</p> <p><small>※風しんの抗体が低い妊婦の人は、<u>風しん抗体結果と母子健康手帳</u>を提示してください。 **妊娠希望する女性又は妊婦と<u>住民票上の住所が同一</u>であることが条件です。 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。</small></p> | | |
| ふりがな | | 生年月日 | 昭和 / 平成 年 月 日 (歳) |
| 氏名 <small>(妊娠希望の女性または妊婦)</small> | | | |
| ふりがな | | 生年月日 続柄 | <input type="checkbox"/> 同上 昭和 / 平成 年 月 日 (歳) <small>(続柄:)</small> |
| 氏名 <small>(抗体検査を希望する人)</small> | <input type="checkbox"/> 同上 | | |
| 住民票上の住所 | 前橋市 | | |
| 電話 | (日中、連絡がとれる電話番号をご記入ください) | | |

収集した個人情報は本事業の目的以外に使用しません。前橋市個人情報保護条例に基づき、適正に管理します。

市記入欄

| 受付日 | 対応者 | 申請方法 | 分類 |
|-----|-----|-----------|---|
| | | 窓口・メール・郵送 | 妊娠を希望する女性 ・ 妊娠希望 or 妊婦の配偶者 ・ 妊婦希望 or 妊婦の同居者 |