

風しん抗体検査助成券記入方法

(第5条関係)

(妊娠希望者用)

姫路市風しん抗体検査助成券 (2023年度)

発行日 20 年 月 日

自己負担 無料

この助成券は、2023年4月1日～2024年3月31日 まで有効です

- この助成券は姫路市の指定医療機関のみ有効です。
- この助成券を使用し、風しん抗体検査を受ける日において姫路市に住民票がある方のみ有効です。また、他人への譲渡はできません。
- 受検後の助成券の発行、及び現金による払い戻し、再発行をいたしません。
- この券は姫路市に提出されます。

(フリガナ) 対象者氏名 (抗体検査を受ける者)		生年 月日	S H	年	月	日(歳)
住 所	〒 - 姫路市		連絡先(電話)		- -	
妊娠の予定または希望の有無				あり・なし		

■ 医療機関確認記入欄

抗体検査実施日において

姫路市民である (確認書類: 運転免許証・健康保険証・その他())

※抗体検査実施前に確認し記入する

● 抗体検査はHI法またはLTI法で実施してください。

抗体検査実施日		20 年 月 日							
1	抗体検査結果	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
	HI法(倍)	8未満	8	16	32	64	128	256	512
	(LTI法)	(7以下)	(8~14)	(15~31)	(32~63)	(64~127)	(128~255)	(256~511)	(512以上)
抗体なしまたは不十分					抗体十分あり				
2	予防接種	① 予防接種 対象				② 予防接種 非対象			

①抗体検査実施日を記載する。

②該当する抗体検査結果の該当番号を囲む。

③予防接種の対象・非対象あてはまる番号を囲む。

※抗体検査結果および予防接種の該当番号に○をつけてください。

抗体検査実施医療機関名	
-------------	--

④医療機関名を記載する。

■ 保健所確認欄

抗体検査結果	実施日: 20 年 月 日	HI法	倍 ()法	(単位)
抗体検査助成券の発行	有 無	発行No.	中央・北・安富・南 家島・西・予防課	健康番号

この票の個人情報は、本事業のために使用し、目的外の使用はいたしません。