

(任意) みどり市麻しん予防接種予診票交付申請書

令和 年 月 日

みどり市長 須藤 昭男 様

下記のとおり、麻しん予防接種の予診票の交付について、抗体検査の結果を添えて申請いたします。
なお、助成対象者であることの確認のために必要があるときは、申請内容について、市が保有する個人情報を調査及び確認することに同意します。

記

住所	〒 ー みどり市笠懸町・大間々町・東町		
ふりがな		電話番号 ()	
被接種者氏名		ー	
生年月日 (年齢)	昭和・平成・令和 年 月 日 生まれ (歳)		
申請者 (代理の場合)		続柄	
接種対象者	該当するものにチェック・記入をしてください。 ※②～④の場合、下線に該当する者の氏名等を記載してください。		妊娠希望者・妊婦・0歳児
	<input type="checkbox"/> ①妊娠を希望している女性		ふりがな
	<input type="checkbox"/> ② <u>妊娠を希望している女性の配偶者</u> ※1又は同居者※2		氏名
	<input type="checkbox"/> ③ <u>妊婦の配偶者</u> ※1又は同居者※2 <input type="checkbox"/> ④ <u>0歳児の同居者</u> ※2※3		生年月日 昭・平・令 年 月 日
確認事項	<input type="checkbox"/> 抗体検査医療機関 _____ 医院・クリニック・病院 <input type="checkbox"/> 検査結果：16.0未満 <input type="checkbox"/> 過去に麻しんに罹患していない。 <input type="checkbox"/> 過去に麻しんの予防接種を2回接種していない。(MR・MMRを含む) <input type="checkbox"/> (女性のみ) 現在、妊娠中または妊娠している可能性はありません。		

※1 配偶者には近々婚姻予定がある人を含みます。

※2 同居者は、生活空間を同一にする頻度が高い親族とし、住民票同一住所の人に限りません。

※3 1歳未満のうちに接種をしてください。

(市処理欄)

受付印	確認欄
	<input type="checkbox"/> 抗体検査結果の確認 (EIA 法：16.0未満である) <input type="checkbox"/> 過去に助成を受けていない <input type="checkbox"/> 被接種者は定期接種の対象者ではない <input type="checkbox"/> 本人確認書類 <input type="checkbox"/> 代理申請者の本人確認書類 (代理申請のみ) <input type="checkbox"/> 対応者 ()