

海津市 任意風しん  
(麻しん風しん混合(MR)) 予防接種券

## 申請書

年 月 日

海津市長あて

私は、任意風しん（麻しん風しん混合（MR））予防接種につきまして、過去に海津市より助成を受けたことがなく、下記の助成対象区分の要件に該当しますので、添付書類を添えて接種を申請します。

また、本申請の内容に関し、市が保有する個人情報を閲覧すること及び本予防接種について医療機関と情報を共有することに同意します。

申請者署名 \_\_\_\_\_  
(代理人の場合 対象者との関係: \_\_\_\_\_)

|                                                                                                                                                |      |             |              |                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------|--------------|--------------------------------|
| (フリガナ)<br>対象者                                                                                                                                  |      | 男<br>・<br>女 | 生年月日<br>(年齢) | 昭和・平成 年 月 日<br>( 歳)            |
| 住 所                                                                                                                                            |      |             | 電話番号         | ( ) -<br>(昼間連絡のとれる番号を記入してください) |
| 該当する助成対象区分に☑をしてください                                                                                                                            |      |             |              |                                |
| <input type="checkbox"/> 1. 昭和37年4月2日から平成2年4月1日の間に生まれ、風しんに罹患したことがなく、風しんワクチンを接種したことがない（不明な方も含む）方                                                |      |             |              |                                |
| <input type="checkbox"/> 2. 昭和37年4月2日から平成2年4月1日の間に生まれ、風しんに罹患もしくは風しんワクチンを接種したことがあるが、風しん抗体検査（血液検査）により抗体を十分保有していないと判断された方<br>添付書類 風しん抗体検査結果のわかるもの |      |             |              |                                |
| 海津市確認欄（記入しないでください）                                                                                                                             |      |             |              |                                |
| 住所                                                                                                                                             | 対象要件 | 風しん抗体検査     |              | 確認者印                           |
| 可 否                                                                                                                                            | 可 否  | 検査日：        | 抗体価：         |                                |

## 接種依頼書

年 月 日

各委託医療機関様

上記の申請者について、海津市任意風しん（麻しん風しん混合（MR））予防接種の助成対象者であることを確認しましたので、麻しん風しん混合ワクチンまたは、風しんワクチンの接種を依頼いたします。

海津市長