

下田市長

様

申請者 住所

氏名 (被接種者との続柄: )

電話 ( )

風しん予防接種等費用助成申請書

私は、下田市が実施する先天性風しん症候群の発生予防を目的とした、予防接種を受けることを希望するため、下記のとおり申請します。また、申請の審査に伴う市による個人情報の閲覧に同意します。

記

住 所	下田市			電話	( )
被 接 種 者	フリガナ		生年 月日	年 月 日	
	氏名				
質問 1	今までに、風しんにかかったことはありますか？			はい・いいえ・不明	
質問 2	今までに、風しん又は麻しん風しん混合等 (MR、MMR)の予防接種を受けたことはありますか？また、何のワクチンで何回目ですか？			はい・いいえ・不明 〔風しん・麻しん風しん(MR・MMR)接種 回目〕	
質問 3	該当する□にチェックをしてください。 □ 妊娠を予定又は希望している女性 →質問 5へ □ 妊婦と同居の家族				
質問 4	上記質問 2において接種が1回のみの方及び不明の方は、抗体検査を実施して風しんの抗体価がないと診断されましたか？			はい・いいえ	
質問 5	上記質問 3において妊娠を予定又は希望している女性にチェックをした方について風しんの予防接種の注意事項について説明書を読み、内容を十分に理解されましたか？ 注) ・あらかじめ1ヶ月間避妊した後接種すること ・ワクチン接種後2ヶ月間妊娠しないように注意すること。			はい・いいえ	

※ 申請時に必要なもの

- ① 本人の確認ができるもの（運転免許証、健康保険証等）
- ② 母子健康手帳：妊婦が確認できる個所をコピー（「妊婦と同居の家族」の方のみ必要）
- ③ 風しんの抗体検査が必要な者は、検査結果で抗体価がないと確認できる書類

※ 生活保護世帯に属する方は、受給資格を市職員が確認させていただきます。