風しん予防接種（成人）予診票発行申請書

申請日　　年　　月　　日

（あて先）桐生市長

下記のとおり、風しん予防接種（成人）予診票の発行について申請いたします。

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

申請者住所 （被接種者）	〒　　－ 桐生市		
ふりがな 申請者氏名 （被接種者）	印	ふりがな 配偶者(等)氏名 (※)	
生年月日（年齢）	昭和・平成　　年　　月　　日　生まれ　　（　　歳）		
電話番号	－　　－		
対象者区分	□妊娠を予定又は希望している女性 □妊娠を予定又は希望している女性の夫等(※) □妊娠している女性の夫等(※) □生活保護受給世帯に属する ＜女性のみ＞※必ず確認してください。 □現在妊娠の可能性はありません （生理が予定日より遅れている、などはありません）		

※「等」とは、近々、婚姻予定にある者など配偶者に準じる者とする。

市記入欄

確認事項	発行	受付
□明らかな風しん罹患歴がない □風しん予防接種を 2 回していない（MR・MMR を含む） □費用助成を過去に利用したことがない	□窓口 □郵送	
特記事項		
	□済	