

令和 8 年度 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調査及び確認することに同意します。

記 (必須項目)

申請者住所 (被接種者)	〒 ー 桐生市				
ふりがな 申請者氏名 (被接種者)		ふりがな 配偶者(等) 氏名 (※)		続 柄	
生年月日 (年齢)	昭和・平成 年 月 日 生まれ (歳)				
電話番号	ー ー				
申請代理人 氏名(※)			続 柄		
対象者区分	該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を記入ください。 <input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性の配偶者等 (※) <input type="checkbox"/> 妊娠している女性の配偶者等 (※) <女性のみ>※必ず確認してください。 <input type="checkbox"/> 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)				
発行方法	予診票発行方法に <input checked="" type="checkbox"/> を記入ください。 <input type="checkbox"/> 郵送を希望 <input type="checkbox"/> 健康地域医療課窓口にて直接受け取りを希望 ・郵送の場合、到着まで1週間程度かかります。(申請者あてに郵送します。) ・直接受け取り希望の場合は、申請日から3営業日以降またはEメールに返信があり次第、申請者本人の身分証明書(代理人の場合は本人及び代理人の身分証明書)を持ってお越しください。お急ぎの場合はお手数ですが、健康地域医療課 44-8250 までご連絡ください。				

※被接種者が男性の場合の配偶者(等)とは、婚姻関係にある者か、内縁関係にある同一世帯の者(桐生市住民基本台帳に記載されている者)とする。

※被接種者が女性の場合の配偶者(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。

市記入確認欄

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