

令和 8 年度 (任意) 麻しん予防接種予診票交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 桐生市長

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、申請内容の確認にあたり、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	〒 桐生市		
ふりがな		電話番号 ()	
被接種者氏名		- -	
生年月日 (年齢)	昭和 ・ 平成	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。 <input type="checkbox"/> ①妊娠を希望している女性 <input type="checkbox"/> ②妊娠を希望している女性の配偶者※1又は同居者※2 <input type="checkbox"/> ③妊婦の配偶者※1又は同居者※2 <input type="checkbox"/> ④0歳児の同居者※3 ※ ②~④の場合、右の該当する対象者に○をして、氏名等を記載してください。		妊娠希望者 ・ 妊婦 ・ 0歳児
			ふりがな
			氏名
			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倍未満 <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。

(市記入欄)

発行	確認欄
<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	<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"/> 被接種者は小学校入学前の者ではない <input type="checkbox"/> 定期接種対象者 (1 歳 ・ 年長) ではない
<input type="checkbox"/> 済	<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 ()