

福生市先天性風しん症候群対策予防接種申請書

福生市長宛て

申請者 住 所
氏 名
電話番号

私は任意予防接種であることを了承し、令和3年度福生市先天性風しん症候群対策予防接種実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

接種を希望する方の氏名	フリガナ 申請者との続柄（ ）
生年月日	年 月 日
申込区分	1 妊娠希望女性 ・ 2 妊婦の同居者 ・ 3 妊娠希望女性の同居者
住所	〒 福生市
備考	
妊婦もしくは、妊娠を予定又は希望している方の氏名	フリガナ 申請者との続柄（ ）
生年月日	年 月 日
住所	〒

【確認事項】 次の3か所を確認の上、チェックしてください。

風しんの予防接種を2回受けたことがありません。

※麻しん風しん混合（MR）ワクチンを含む。

現在、妊娠していません。

（接種希望者が男性である場合、又は妊娠している場合はチェック不要）

予防接種後、2か月間は妊娠を避ける必要があることを理解しました。

（接種希望者が男性の場合はチェック不要）

※任意接種において健康被害が生じた場合は、「独立行政法人医薬品医療機器総合機構法」による救済制度の対象となります。

申請に当たり、住民基本台帳情報及び申請内容について、市職員が必要に応じて調査することに同意します。