

## 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、平成31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                       | 〒<br>福生市                           |
| 備考                       |                                    |
| 妊婦若しくは、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、住民票記載内容及び申請内容について、必要に応じ市が調査することに同意します。

氏 名 \_\_\_\_\_