

風しん抗体検査後**予防接種**申請書

※下太枠内「対象区分」に当てはまる方が申請してください。(対象区分外の方が代理で申請する場合は、委任状が必要です。)
※本人確認のため、マイナンバーカード、運転免許証等の身分証明書等をご提示ください。
※必ず、直近の風しん抗体検査結果(コピー可)を提出してください。

申 請 者	
住 所	高崎市 〇〇町123番地 ※昼間に連絡が取れる番号 電話 ×××-×××-××××
ふりがな	たかさき はなこ
氏 名	高崎 花子
生年月日	昭・平 3 年 4 月 1 日 (3 5 歳)
対象区分	当てはまる番号に○をしてください。 ※本申請において”同居者”とは、配偶者や結婚予定または事実婚関係にあるパートナー、もしくは生活空間を同一にする頻度が高い親族等のことをいいます。
	1 妊娠を希望する女性
	2 妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者
	3 風しん抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者 (妊婦の抗体価が分かる資料が必要です。)
	4 風しん抗体価が低い妊婦 (妊婦の抗体価が分かる資料が必要です。)

下記のとおり、風しん予防接種予診票の交付を申請します。

☒ 予診票交付のために必要な手続きについて、申請者以外の接種希望者からの委任(同意)を受けています。

☒ 予診票を発行するにあたり、対象者の個人情報(世帯情報等)を確認することに同意します。

妊娠希望者又は妊婦の氏名 ※申請者と同じ ☒	生年月日	住所	妊婦の場合 抗体価
ふりがな			HI法16倍以下
			EIA法8.0未満

注意！ 妊娠中の方は接種できません。				職員記入欄
接種希望者※1	氏 名	生年月日	対象確認※2	抗体価※3
	1 高崎 花子	昭・平 3 . 4 . 1	1	倍
	2 高崎 太郎	昭・平 2 . 5 . 1	2	倍
	3	昭・平 . .		倍
	4	昭・平 . .		倍

※1: 予診票の交付を受けたい方全員を記入してください(申請者ご本人分も再度記入願います)。予診票の交付が受けられる方は、接種当日高崎市に住所がある方のみです。また、1人1回限りです。

※2: 対象確認欄は、「申請者」枠内”対象区分”のうち当てはまる番号(1～3のうちいずれか)を記入してください。

※3: 風しん抗体検査の結果は職員が記入します。

職員記入欄				
接種希望者の全員が各区分のいずれかに該当すること				確認欄
抗体検査区分		対象者区分		
・ 高崎市の抗体検査を受けた者		・ 妊娠を希望する女性		
・ 市以外の抗体検査を受けた者		・ 妊娠を希望する女性の配偶者などの同居者		
・ 第5期予防接種対象者		・ 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者		
発行方法	受付者	受付日	本人確認	発送日 入力
窓口・郵送			マ ・ 免 その他()	