

予防接種

(あて先) 高 崎 市 長

令和 7 年 12 月 1 日

※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。
※直近の麻しん・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	高崎市高松町5番地28 ※昼間連絡が取れる番号 電話 090 -1234 -5678	
ふりがな	たかさき はなこ	
氏 名	高崎 花子	
生年月日	昭 平 7 年 7 月 7日生 (30歳)	
対象区分 ※1	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。	
	麻しん予防接種	風しん予防接種
	1 妊娠を希望する女性	1 妊娠を希望する女性
	2 妊娠を希望する女性の配偶者等同居者	2 妊娠を希望する女性の配偶者等同居者
	3 妊婦の配偶者等同居者 (妊婦の母子健康手帳が必要です)	3 風しん抗体価が低い妊婦の配偶者等同居者 (妊婦の母子健康手帳と抗体価がわかる資料が必要です)
	4 MRワクチン定期接種を受ける前の 0歳児の同居者	
5 妊婦 (申請のみ該当) (妊婦の母子健康手帳が必要です)	4 風しんの抗体価が低い妊婦 (申請のみ該当) (妊婦の母子健康手帳と抗体価がわかる資料が必要です)	

下記のとおり、麻しん・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	生年月日	住所	妊婦の風しん抗体価
申請者と同じ <input checked="" type="checkbox"/>			
ふりがな	昭・平 . .	高崎市	<input checked="" type="checkbox"/> HI法16倍以下
			<input type="checkbox"/> EIA法8.0未満
0歳児の氏名	生年月日	住所	
ふりがな たかさき たろう			
高崎 太郎	令7・4・1	高崎市 申請者と同	

接種希望者※2	注意！ 妊娠中の方は接種できません。						
	氏 名		生年月日	※1 対象区分		麻しん 抗体価	風しん 抗体価
				麻しん	風しん		
	1	高崎 一郎	昭 平 ・ 令 6 ・ 6 ・ 6	4	2	16 未満	8 倍
	2	高崎 花子	昭 平 ・ 令 7 ・ 7 ・ 7	4	1	16 未満	8 倍
	3		昭 ・ 平 ・ 令 7 ・ 4 ・ 1				倍
4		昭 ・ 平 ・ 令 . .			未満	倍	

※1、※2 詳しくは裏面をご確認ください。
対象者に該当する方でも、除かれる要件があります。詳しくは裏面をご確認ください。