

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7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	
妊婦又は妊娠を予定若しく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。

（接種希望者が男性である場合又は妊娠している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。

氏 名 \_\_\_\_\_