

大和市風しん予防接種申請書

年 月 日

大 和 市 長 あて

申請者 住 所：

氏 名：

電話番号：

大和市風しん予防接種実施要綱第3条の規定に基づき、次のとおり申請します。

対 象 者	氏 名				□同上
	住 所				□同上
	生年月日	年 月 日	電話 番号	()	□同上
申 請 区 分	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望している女性 <input type="checkbox"/> 妊娠中の女性の夫 ※戸籍上の夫でなくとも、事実上の婚姻関係にあると認められる者を含む				
申 請 条 件 確 認 欄	これまでに風しん予防接種を2回以上接種していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	過去に風しんにり患したことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	大和市風しん予防接種の助成を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	【女性のみ】現在、妊娠している又は妊娠している可能性がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		

※ひとつでも「はい」に該当する場合は、原則として、この制度の対象となりません。

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 【男性のみ】母子手帳の写し（子の父であることが記載されているページ）
---------	---

※対象に該当するかについての通知書は、対象者宛てに郵送いたします。（申請より1～2週間程度）

【市記入欄】	区 分	郵送・FAX・電話・窓口	受付者	

別紙のとおり、対象に 該当する ・ 該当しない と通知してよいでしょうか

起案者	担当	係長	課長

- <確認事項>
- 風しん予防接種履歴
 - 助成履歴
 - 添付書類（男性のみ）