

第1号様式（第5条関係）

大和市風しん予防接種申請書

年 月 日

大 和 市 長 あて

大和市風しん予防接種の任意接種費用助成要綱第5条に基づき、次のとおり申請します。

申 請 者	氏 名			
	住 所			
	生年月日	年 月 日	電話 番号	()
申請者区分	<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（事実上の婚姻関係にあると認められる者を含む）			
対 象 要 件 確 認 欄 ※ひとつでも 「はい」に該当する 場合は、この制度の 対象となりません。	これまでに風しんを含むワクチン（風しんワクチン、麻しん風しん混合（MR）ワクチン等）を合計2回以上接種していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	過去に風しんに罹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	
	【男性のみ】昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれ（風しん追加的対策対象者）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

添 付 書 類 ※右記の書類を添付してください。	<p>【申請者共通】申請者ご自身の母子健康手帳より以下2点の写し</p> <input type="checkbox"/> 申請者のお名前が分かるページ <input type="checkbox"/> 申請者の予防接種記録のページすべて 提出が難しい場合はその理由を記入 () <p>【上記に加え男性のみ】生まれてくる子の親子（母子）健康手帳より以下の写し</p> <input type="checkbox"/> 出生届出済証明のページ（子の保護者欄が記入済のもの）
---------------------------------	---

※申請受理後、申請者宛てに対象者通知書を送付します。（申請より1～2週間程度）