

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。

対象者		接種日時時点で18歳以上かつ大和市に住民登録があり、下の申請者区分1～3のいずれかに該当する方です。 また、対象要件に一つでも「はい」に該当する場合は対象外です。		
申請者	ふりがな 氏 名			
	住 所	大和市		
	生年月日	年 月 日	電話 番号	()
申請者区分		☐ 1	妊娠を希望している女性	
		☐ 2	妊娠を希望している女性の同居者	
		☐ 3	妊娠中の女性の同居者	
▼申請者区分が2または3の場合に記入				
同居している女性	ふりがな 氏 名			
	住 所	大和市		
	生年月日	年 月 日		
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を合計2回以上接種していますか (※) 風しんワクチン、麻しん風しん混合 (MR) ワクチン等		☐ はい ☐ いいえ
		過去に風しんに罹患したことがありますか		☐ はい ☐ 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		☐ はい ☐ 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		☐ はい ☐ いいえ
添 付 書 類 ※右記の書類を添付してください。		【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 ☐ 申請者のお名前が分かるページ（出生届出済証明のページ） ☐ 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 ☐ 母子健康手帳の紛失 ☐ その他 ()		

※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）