

福津市風しん予防接種実施申請書

福津市風しん予防接種費用助成事業実施要綱に規定する予防接種を受けることを希望するので、予防接種実施について申請します。
 なお、この申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、福津市が調査することに同意します。

申請日 年 月 日

福津市長 様

申請者名 _____ (接種を希望する人との続柄： _____)

住 所 _____

電話番号 _____

接種を希望する人	フリガナ		男・女	生 年 月 日	
	氏名			年 月 日	
	住所	福津市		電話番号	
	抗体検査結果	HI EIA 法/抗体価 ()	接種予定医療機関名		
	検査実施機関	県委託医療機関 ・ その他			
【対象区分について】 接種を希望する人は、0～2のどれに当てはまりますか。					
対象区分	0：妊娠希望者	パートナー 氏名		抗体検査結果	記載不要です
		妊婦 氏名		抗体検査結果	HI EIA 法/抗体価 ()
		妊娠希望者 氏名		抗体検査結果	HI EIA 法/抗体価 ()

※委託医療機関以外での接種を希望する場合、こちらもご記入ください。

医療機関住所： _____ 電話番号： _____

理由： かかりつけ医療機関 ・ その他 ()

対象者確認	<input type="checkbox"/> 妊娠希望者または、妊婦・妊娠希望者の同居家族（パートナーを含む、生活空間を同一にする頻度が高い家族など）である。 <input type="checkbox"/> 接種希望者自身の抗体価が低い（規定の抗体価未満）。 <input type="checkbox"/> 接種希望者が妊婦・妊娠希望者の同居家族の場合、同居している妊婦・妊娠希望者の抗体価が低い（規定の抗体価未満）。 <input type="checkbox"/> 平成25年10月1日以降に福津市風しん予防接種費用助成事業を利用して、風しんまたはMR			
	の予防接種を受けたことはない。	課長	係長	係

書類欄

<職員使用欄>

受付日： 年 月 日

【申請者本人確認（代理申請のみコピー必須）】

- マイナンバーカード
- 運転免許証
- その他 ()

【対象者確認】

- 住基確認（福津市民であるか）
- 申請書の対象者確認欄のチェック
- 抗体価の記入
- 接種履歴確認