

第1号様式（第8条関係）

風しんワクチン等予防接種費助成に係る宣誓書

※女性の方へ 以下の点にご注意ください。

現在妊娠している方又はその可能性がある方（予防接種前1か月間避妊していない方）は予防接種を受けることができません。

また、予防接種後2か月間は、妊娠を避けてください（避妊してください）。

※ 太枠の中を記入してください。

被接種者	氏名	
	住所	
	電話番号	()
	生年月日	年 月 日
対象者区分	風しんの罹患歴がなく、過去に風しんワクチン又は麻しん風しん混合ワクチンの予防接種を受けたことがない 1. 妊娠を予定し、又は希望している者 2. 妊娠を予定し、若しくは希望している女性の配偶者又は妊娠している女性の配偶者 ※男性については昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれのものは除く。	
出産経験 ※女性の方のみ	有 ・ 無	
抗体検査	1. 愛知県風しん抗体検査事業による抗体検査を受けた者 2. 上記以外で抗体検査を受けた者 実施日 年 月 日 （令和4年4月1日以前に実施した検査は補助の対象外です。） ※必ず抗体検査結果通知書の写しを添付してください。	
清須市長 様 年 月 日 上記のとおり相違ありません。 自署 _____		

※上記住所は、住民基本台帳に記載されている住所を記入してください。

※本書における情報を、風しんワクチン等予防接種費助成に係る公簿の確認以外の目的には使用しません。

※風しんワクチン等予防接種は、予防接種法に基づかない任意の予防接種であるため、万一、風しんワクチン等予防接種による健康被害が発生した場合は、予防接種法の被害救済対象にはなりません。独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく、副作用救済給付の対象になります。

* 医療機関記入欄

接種年月日	年 月 日	接種ワクチンの種別 (該当する番号に○を付けてください。)
医療機関名		1 風しんワクチン
接種医師名		2 麻しん風しん混合（MR）ワクチン