

第1号様式（第9条関係）

風しんワクチン等予防接種費助成券交付申請書

年 月 日

清須市長 様

申請者 住 所
氏 名
電 話



清須市風しんワクチン等予防接種費助成要綱第9条第1項の規定により次のとおり申請します。

※太枠の中をご記入ください。

| | | | |
|------------------|--------------|--|--|
| 被 接 種 者 | 氏 名 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 住 所 | | |
| | 対 象 者 区 分 | <input type="checkbox"/> 1 過去に風しんワクチン又は麻しん風しん混合ワクチン予防接種を受けたことがない <input type="checkbox"/> 2 過去に風しんの罹患歴がない <input type="checkbox"/> 3 妊娠を予定又は希望している <input type="checkbox"/> 4 出産を経験したことがない <input type="checkbox"/> 5 出産を経験したことがある | |
| 抗体検査結果 | 実 施 日 | 年 月 日 | |
| | 数 値 | H I 抗体価 倍・E I A 価 倍 国際単位 IU/mL () | |
| | 確認方法 | 母子健康手帳・その他 () | |

同 意 書

1. 私は、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が任意の予防接種であることを理解し、当該予防接種の効果、副反応及び健康被害が生じた際の救済制度について十分理解した上で接種します。

※ 当該予防接種の健康被害に対する国の救済制度はありません。独立行政法人医薬品医療機器総合機構法による救済となります。

2. この申請にあたり、被接種者及び申請者の住民情報等の調査を行うことを承諾します。

上記について同意します。

被接種者氏名

申請者氏名

続柄