

上越市風しんワクチン接種券交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 上越市長

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 () _____
接種希望者との続柄 _____

次のとおり上越市風しんワクチン接種券の交付を申請します。

接 種 希 望 者	フリガナ 氏 名		性 別	男・女
	生年月日	年 月 日		
	住 所	※申請者と同一の場合は記入不要		
	対象区分 <input checked="" type="checkbox"/> を付けて ください。	<input type="checkbox"/> ①妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> ②陰性等である妊娠を希望する女性の夫及び同居者 <input type="checkbox"/> ③陰性等である妊婦の夫及び同居者		
	生活保護	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当（被保護者証明書を添付）		
	質問事項 <input type="checkbox"/> を付けて ください。	(女性のみ) 現在、妊娠している可能性はありますか。（ある・ない）		

備考 申請書に次の書類を添付して提出してください。

- ・接種希望者本人の風しん抗体価を証明できる書類
- ・接種希望者の対象区分が②又は③の場合は、その女性の風しん抗体価を証明できる書類及び接種希望者本人の風しん抗体価を証明できる書類