

和泉市長 あて

### 和泉市成人風しん予防接種費用助成申請書

医師の診察・説明を受け、麻しん風しん混合(MR)ワクチン又は、風しんワクチン予防接種の効果や目的、副反応などを理解した上で、接種を希望しますので、和泉市成人風しん予防接種費用の助成及び補助金の交付に関する要綱第6条の規定に基づき、予防接種費用の助成を申請いたします。また、虚偽その他不正申請が判明した場合、助成費用を返還いたします。

なお、申請に際し、市が保有する個人情報照会・閲覧すること及び必要に応じて実施医療機関へ問い合わせすることに同意します。

#### 【申請者(窓口にくられた人)】

※接種を希望する人と同一世帯以外の方が申請者の場合、委任状が必要です

|                 |   |      |                |
|-----------------|---|------|----------------|
| 申請者の住所          | 〒 ー<br>和泉市  |      |                |
| 連絡先電話番号         | ( ) ー   |      |                |
| (ふりがな)<br>申請者氏名 | ( )   | 生年月日 | 昭和・平成<br>年 月 日 |
| 申請者と接種希望者との続柄   | 本人・配偶者・父母(義父母)・兄弟姉妹・( )   |      |                |
| 接種の希望           | 接種を希望する ・ 接種を希望しない  |      |                |
| 接種対象者区分         | <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性<br><input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者 <input type="checkbox"/> 妊娠をしている女性の配偶者 |      |                |

#### 【申請者以外で接種を希望する人】

|              |   |      |                |
|--------------|---|------|----------------|
| 接種する人の住所     | 申請者と同じ ・ 和泉市  |      |                |
| 接種する人の電話番号   | 申請者と同じ ・ ( ) ー  |      |                |
| (ふりがな)<br>氏名 | ( )   | 生年月日 | 昭和・平成<br>年 月 日 |
| 接種対象者区分      | <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性<br><input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者 <input type="checkbox"/> 妊娠をしている女性の配偶者 |      |                |

#### 市記入欄

|     |     |        |   |             |                            |
|-----|-----|--------|---|-------------|----------------------------|
| 受付印 | 受付者 | 住所確認   | <input type="checkbox"/> 済                                  | 風しん抗体検査結果確認 | <input type="checkbox"/> 済 |
|     |     | 配偶者確認  | <input type="checkbox"/> 済<br><input type="checkbox"/> 該当なし |             |                            |
|     |     | 母子手帳確認 | <input type="checkbox"/> 済<br><input type="checkbox"/> 該当なし |             |                            |

## 和泉市成人風しん予防接種申込書

1. 助成対象者：接種日の時点で本市に住民登録のある妊娠を希望する女性と、配偶者又は妊娠している女性の配偶者でかつ風しん抗体価が下記に該当する方  
 ○風しん抗体価EIA法でEIA価8.0未満または国際単位①30IU/ml未満、国際単位②45IU/ml未満  
 ○風しん抗体価HI法で16倍以下
2. 助成対象外：妊娠中の女性（可能性含む）
3. 助成回数：1人につき麻しん風しん混合（MR）ワクチン又は風しんワクチン1回限り
4. 助成額：7,000円又は5,000円（一部助成・本人自己負担あり）
5. 医療機関提示物：和泉市成人風しん予防接種申込書
6. 健康被害補償：任意の予防接種のため予防接種法による健康被害救済制度はないが、（独）医薬品医療機器総合機構法による救済の対象となる場合がある

和泉市長あて

医師の診察・説明を受け、麻しん風しん混合MRワクチン又は、風疹ワクチン予防接種の効果や目的、副反応などを理解した上で、接種を希望しますので、和泉市成人風しん予防接種費用の助成及び補助金の交付に関する要綱第7条の規定に基づき、上記1～6に同意の上、予防接種費用の助成を申請いたします。

また、虚偽その他不正申請が判明した場合、助成費用を返還いたします。

下記の枠内をボールペンでご記入願います。

|              |  |
|--------------|--|
| （ふりがな）<br>氏名 | （<br>）<br>（男・女）  |
| 生年月日         | 年 月 日（ 歳）  |
| 住 所          | 和泉市  |
| 電 話 番 号      | （ ） —  |
| 予防接種の種類      | MRワクチン 風しんワクチン   |
| 接 種 日        | 令和 年 月 日   |
| 接 種 者 区 分    | <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者<br><input type="checkbox"/> 妊娠している女性の配偶者 |

〔医療機関名〕 [ ] (市役所用)

----- 切り取り -----

----- 市 受付印 -----

## 和泉市成人風しん予防接種申込書

1. 助成対象者：接種日の時点で本市に住民登録のある妊娠を希望する女性と、配偶者又は妊娠している女性の配偶者でかつ風しん抗体価が下記に該当する方  
 ○風しん抗体価EIA法でEIA価8.0未満または国際単位①30IU/ml未満、国際単位②45IU/ml未満  
 ○風しん抗体価HI法で16倍以下
2. 助成対象外：妊娠中の女性（可能性含む）
3. 助成回数：1人につき麻しん風しん混合（MR）ワクチン又は、風しんワクチン1回限り
4. 助成額：7,000円又は5,000円（一部助成・本人自己負担あり）
5. 医療機関提示物：和泉市成人風しん予防接種申込書
6. 健康被害補償：任意の予防接種のため予防接種法による健康被害救済制度はないが、（独）医薬品医療機器総合機構法による救済の対象となる場合がある

和泉市長あて

医師の診察・説明を受け、麻しん風しん混合MRワクチン又は風疹ワクチン予防接種の効果や目的、副反応などを理解した上で、接種を希望しますので、和泉市成人風しん予防接種費用の助成及び補助金の交付に関する要綱第7条の規定に基づき、上記1～6に同意の上、予防接種費用の助成を申請いたします。

また、虚偽その他不正申請が判明した場合、助成費用を返還いたします。

下記の枠内をボールペンでご記入願います。

|              |                 |
|--------------|-----------------|
| （ふりがな）<br>氏名 | （<br>）<br>（男・女） |
| 生年月日         | 年 月 日（ 歳）       |
| 住 所          | 和泉市             |
| 電 話 番 号      | （ ） —           |
| 予防接種の種類      | MRワクチン 風しんワクチン  |
| 接 種 日        | 令和 年 月 日        |

切り取り線で切り取って、予診票とともに保管してください。

\*麻しん風しん混合（MR）ワクチン又は、風しんワクチンのいずれかに○をお願いします。

\*接種を見合わせた場合は、本用紙を被接種者に返却してください。

(医療機関用)