

大人の風しんワクチン接種券交付申請書

令和7年5月15日

（あて先）蟹江町長

申請者 住 所 蟹江町西之森七丁目65番地
氏 名 蟹江 花子
電話番号 0567-96-5711
被接種者との続柄（ 本人 ）

蟹江町の風しんワクチン接種事業による風しん又は麻しん風しん予防接種を受けることを希望するため、下記のとおり申請します。

被接種者	住 所	蟹江町西之森七丁目65番地		
	氏 名	蟹江 花子		
	生年月日	昭和△△ 年 ○○ 月 □□ 日（☆☆歳）		
確認事項 （該当するものに○） 全てに該当する 場合のみ、接種券 交付の対象とな ります。	1	☐	① 妊娠を希望している女性（経産婦・妊婦を除く）	
		☐	② ①の配偶者などの同居者（経産婦・妊婦を除く） （昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性を除く）	
	2	☐	風しん抗体検査を受け、風しんに対する免疫が不十分と判断された（裏面別表1で定める結果に該当する）	
			※抗体検査について以下にご記入ください。	
			検査日	令和7年4月16日
		医療機関名	□□□クリニック	
3	☐	風しんワクチン（麻しん風しん混合ワクチンを含む。） の予防接種を受けたことがない。		
4	☐	風しんにかかったことがない		
備 考				

※ 被接種者は、予防接種の安全性確保を目的に、医療機関から蟹江町に風しんワクチン
予診票を提出されることに同意された上で、予防接種を受けることを希望しています。

《添付書類》 風しん抗体検査結果票（検査方法・抗体価がわかるもの）
ただし、令和7年4月1日以降に検査したもの。

《接種場所》

☐	指定医療機関	☐	その他の医療機関
-----------------------	--------	-----------------------	----------