

年 月 日

麻しん・風しん定期予防接種の接種期間延長依頼申請書

鶴岡市長 様

申請者 住所 鶴岡市 _____
氏名 _____
被接種者との続柄 ()
電話番号 _____

麻しん風しん混合ワクチン（MR ワクチン）の偏在等が生じたことに伴い、令和6年度内に麻しん・風しんの定期予防接種を受けることができなかった者について、予防接種法施行規則第2条の8第4号の「特別の事情」に該当するものとし、下記のとおり定期予防接種の実施を申請します。

被 接 種 者	住 所	鶴岡市		
	フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
	氏 名		性 別	男 ・ 女
保護者氏名			日中連絡先	
予防接種の種類		麻しん風しん混合（MR）	1 期 ・ 2 期	
申請理由 該当する項目に ☒ をしてください		☐ MR ワクチンの偏在等が生じたことを理由に接種対象期間内に定期接種を受けられなかったため ☐ その他 ()		

※子どもの申請の際は、母子健康手帳の表紙と予防接種の記録のページの写しを提示してください。