

年 月 日

鶴 岡 市 長 様

令和 7 年度 鶴岡市風しん予防接種費用助成申請書

令和 7 年度 鶴岡市風しん予防接種費用助成事業実施要綱第 6 条に基づき、次のとおり申請します。
なお、申請内容について市が保有する個人情報について閲覧・調査すること及び医療機関に問い合わせることに同意します。

《申請者(同意者)》

住 所 鶴岡市

氏 名

生年月日 昭・平 年 月 日 (歳)

電話: 自宅 / 日中連絡先

《代理申請》 住 所

氏 名 続柄

*該当する番号に○をつけてください。

1	妊娠を希望している 30～50 歳(令和 7 年 4 月 1 日時点)の女性
※2	抗体価が不十分であると判定された上記 1 の夫及び同居家族
※3	妊婦 (妊婦健診等の抗体検査で抗体価が不十分と判定された、または妊婦健診の抗体検査の結果判定前である妊婦)の夫及び同居家族

※2 または 3 の場合 妊娠希望女性(または妊婦)の氏名
2 に該当する方は、妊娠を希望している女性の抗体価が不十分とわかる書類(抗体検査結果)、
3 に該当する方は、妊婦の抗体価が不十分(または検査結果判定前)とわかる書類(妊娠届出書、母子健康手帳等)の写しを添付してください。

*確認事項

- ☐ 現在、妊娠中ではありません。妊娠している可能性もありません。(女性のみ)
☐ これまで風しん抗体検査を受けたことはありません。(令和 6 年度、令和 7 年度妊婦健診を除く)
☐ これまで風しんに罹患したことはありません。
☐ これまで風しん予防接種を 2 回受けたことはありません。(誤って 3 回以上接種し、副反応があらわれた場合には、自己責任となることについて同意します。)

本人(代理人) 自署

《受理者記入欄》

GPRIME で確認	☐ 助成該当 ☐ 非該当 【非該当の理由】 ・過去に本事業で助成を受けた (年 月) ・風しん予防接種を2回接種済 ・対象年齢 30～50 歳(S49.4.2～H7.4.1 生)ではない		受理者	確認者
助成票受付No.		接種番号	システム入力済✓	