

麻しん風しん(条件付き延長)予診票交付申請書

令和 年 月 日

つくば市長 宛て

以下のとおり、予防接種予診票の交付について申請します。

確認事項	▼ご確認の上、□に✓をご記入ください。		
	<input type="checkbox"/> つくば市の予防接種予診票は、接種日時点でつくば市に住民登録がある方のみお使いいただけます。 <input type="checkbox"/> 協力医療機関以外で接種する場合は、別途事前申請が必要です。 <input type="checkbox"/> 接種期間は、令和9年3月31日までです。延長期間を過ぎた場合には全額自己負担となります。		
交付対象者条件確認欄	▼以下の質問の回答に✓を付けてください。		
	MR1期	生年月日は 2022年(令和4年)4月2日から2023年(令和5年)4月1日 生まれですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※対象外
	MR2期	生年月日は 2018年(平成30年)4月2日から2019年(平成31年)4月1日 生まれですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※対象外
	大人の 風しん 第5期	生年月日は 1962年(昭和37年)4月2日から1979年(昭和54年)4月1日 生まれですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※対象外
		2025年(令和7年)3月31日までに風しん抗体検査を受けましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※対象外
	抗体検査の結果をご記入ください。	HI法： 倍 ・ EIA法： ・ その他()	
接種予定日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 予約済み <input type="checkbox"/> 未予約 <input type="checkbox"/> 未定	

申請者	フリガナ		被接種者との続柄	本人・母・父	
	氏名			その他()	
	住所	〒			
	電話番号		メール アドレス		
被接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名				
	住所	□申請者と同じ(違う場合は下に記入)		年齢	歳 か月
本人以外からの申請の場合		被接種者本人が予防接種を受けることを希望していることを確認しましたか。 (○をつけてください)【 はい / いいえ→交付できません 】			

■事務処理欄■

受付	受付者	確認者	接種履歴の確認	被接種者宛名番号	発送日	発送者
庁・桜・谷・大 郵送・電子			<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他			