

番号

麻しん風しん混合特別接種申請書

特1
特2

(19歳未満の多摩市独自の制度)

被接種者(お子さん) 氏名		性別	男・女
生年月日	令和・平成 年 月 日 (才)		
保護者氏名			
住所			
電話			
接種記録	母子手帳等を確認し、接種した記録がある場合は記入。未接種の場合は記入不要。 麻しん (接種日 令和・平成 年 月 日) 風しん (接種日 令和・平成 年 月 日) 麻しん風しん混合 (接種日 令和・平成 年 月 日)		

麻しん風しん予防接種の接種回数が不足しているため、多摩市が実施する独自の制度である麻しん風しん混合特別接種を希望します。

多摩市長 殿

令和 年 月 日

保護者署名 _____

有効期限 多摩市記入	令和 年 月 日まで に接種した場合に限り有効とする ※ 併せて、接種日当日19歳未満であること
<p>(連絡事項) *接種当日に多摩市に住民登録がある方が接種を受けられます。</p> <p>○保護者の方へ <u>予診票と申請書を記入して接種を受ける医療機関へ提出してください。</u> 接種費用は無料です。 母子健康手帳、健康保険証を必ず持参してください。 有効期限内に接種を受けてください。有効期限を過ぎた場合は多摩市健康推進課へ連絡してください。(電話 042-376-9111 / FAX 042-371-1235) この予防接種は、多摩市独自の制度です。万が一、接種を受け重篤な健康被害が発生し、認定された場合には、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法の規定に基づき健康被害に対する給付が行われます。</p> <p>○医療機関の方へ この「麻しん風しん混合特別接種申請書」は予診票に添付をして市に提出してください。 保護者同伴なし(13歳以上16歳未満のお子さんがひとりで来院)の場合は、麻しん風しん混合特別接種申請書のほかに、市が発行する「同意書及び予診票」を持参することになっていますので、保護者同意欄など記載事項を確認の上接種をしてください。</p>	