

麻しん風しん混合（MR）ワクチン任意接種予診票交付申請書

令和 年 月 日

被接種者氏名 ※接種を受ける方 （お子様）の氏名	フリガナ				性別	男・女
生 年 月 日	年 月 日					
年 齢	歳					
住 所	港区					
	連絡先電話番号					
申請者（保護者）氏名						
該当するほうの□に✓ を付けてください	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（MR）任意接種1期分（2歳～年長児前まで） （定期接種1期：1歳～2歳の未接種分） <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（MR）任意接種2期分（小学校1年生～18歳以下） （定期接種2期：小学校入学前1年間（年長児）の未接種分） ※申し込みは年度内に1回までです。					
注意事項	1 この予防接種は、港区独自の助成のため、港区内の実施医療機関でのみ接種 できます。港区外あるいは港区内でもこの助成制度を行っていない医療機関で 接種した場合は、全額自己負担になります。接種の際は、実施医療機関名簿で ご確認ください。 2 未接種分の有効期限切れの予診票をお持ちでも、ご使用できません。任意接種 の申請により発行された予診票に限り有効です。 3 この制度は、予防接種法に基づかない、任意の予防接種に対する費用助成に なります。万が一、予防接種を受けたことによる健康被害が起きた場合は、予 防接種法ではなく、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく補償とな ります。					
以下、区使用欄（記入不要）						
事 務 処 理 欄	受付	発行	封入	確認	送付日	受 理