

令和8年度 RSウイルス感染症予防接種
県内乗り入れ申請書

届出者氏名 (続柄:)

電話番号 () ※本人申請以外の場合は、
連絡先を記入

※太枠の中を記入してください。

申し込み年月日	年	月	日			
氏名						
生年月日	昭・平	年	月	日	年齢	歳
住所	ふじみ野市					
電話番号	()					
出産予定日	年	月	日			
受診医療機関	市町村名		医療機関名			
接種日	年	月	日			
理由	①里帰り出産のため ②かかりつけ医のため ③その他()					

★予防接種を受ける方へ・・・お読みください★

今回の申請でRSウイルス感染症の予防接種が公費負担で受けられる対象者は、
接種日時時点でふじみ野市に住民票のある、妊娠28週0日から妊娠36週6日の人です。
※この期間を過ぎて接種した場合は、全額自己負担となりますのでご注意ください。

【職員記入欄】 これ以降は職員が記入します。

【対象者】 接種日に妊娠28週～妊娠36週の妊婦

職員確認欄				
対象者	住所	医療機関	受付者サイン	受付方法

〒	氏名:
	住所:〒
	電話番号: