

記入例

奈良県風しん抗体検査申込書

※太枠に記入してください

申込み日		令和 8 年 9 月 2 日	
ふりがな	なら ○○	性別	男 ・ 女
氏名	奈良 ○○	生年月日	昭和 平成 59 年 9 月 10 日 (41 歳) ※対象外の年齢がありますので注意して下さい
住所	〒 *** - **** (奈良市在住の方は対象外です) ○○ 市 町・村 ○○町○○番地		
電話番号	自宅 or 携帯 : (090)-(****)-(****) ←必ずつながる番号を記入してください		

住民票のある住所を記載して下さい。(必ず運転免許証、住民票(発行後3ヶ月以内)、マイナンバーカード(表面)の写しのうち、いずれかを裏面に貼付して下さい。②)

該当する口に✓を記入してください

対象者 確認	※必ず該当			
	☒ 奈良県在住の者(奈良市在住の者を除く。) 奈良市在住の方は、奈良市保健予防課へ問い合わせてください。			
	【対象者区分】(口に✓を記入してください:該当する区分のすべての口を満たす必要があります)			
	●対象者区分1			
	☒ 初めての妊娠を希望し平成2年4月1日以前生まれの女性(平成2年4月2日生まれ以降は対象外)			
	☒ 妊娠中や経産婦でない			
対象者 確認	●対象者区分2(※)			
	☐ 妊娠を希望する女性又は抗体価が低い妊婦の同居者(配偶者等)			
	☐ 平成2年4月1日以前生まれ(平成2年4月2日生まれ以降は対象外)			
	(※)同居している妊娠を希望する女性又は抗体価が低い妊婦の氏名、住所、続柄及び生年月日を記載ください。			
	・氏名		・続柄	
	・住所	〒 - 市・町・村	・生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
↓ 下記も確認して、記入してください				
【確認事項】(該当する場合又は不明の場合は、口に✓を記入してください、全て✓がある場合のみ対象です)				
☒ 過去に風しん抗体検査を受けたことがない				
☒ 風しんの予防接種歴(2回以上)がない(母子手帳等をご確認下さい)				
☒ 検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がない				

該当する区分のすべての口に✓のある方のみ対象となります。

3つすべての口に✓のある方のみ対象となります。

添付書類

●対象者区分1及び2について

・申込者本人の運転免許証(裏面に記載事項の変更がある場合は裏面も必要)、住民票(発行後3ヶ月以内)、マイナンバーカード(写真付き)の表面のみの写しのいずれか一つを裏面に貼付してください。

●対象者区分2の場合

・抗体価が低い妊婦の同居者(配偶者等)の方は、妊婦の抗体価が低いことを確認できるものを裏面に貼付してください。
(出産予定の子の母子健康手帳(風しん抗体検査の結果の記載があるもの)の写し、抗体検査結果票の写しなど)

上記のとおりであることを認め、受検対象者として風しん抗体検査を希望します。

令和 8 年 9 月 5 日

自署 奈良 ○○

受付印

<住所確認用記入欄>(※必ずこちらも記入して下さい。)

住所 〒 *** - ****
○○ 市 ○○ 町 ○○番地

氏名 奈良 ○○ 様

記入例

奈良県風しん抗体検査申込書

※太枠に記入してください

申込み日		令和 8 年 9 月 2 日	
ふりがな	なら △△	性別	☒ 男 ☐ 女
氏名	奈良 △△	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ※対象外の年齢がありますので注意して下さい 59 年 10 月 20 日 (41 歳)
住所	〒 *** - **** (奈良市在住の方は対象外です) 〇〇 ☒ 市 ☐ 町 ☐ 村 〇〇 町 〇〇 番地		
電話番号	自宅 or 携帯 : (090)-(****)-(****) ←必ずつながる番号を記入してください		

住民票のある住所を記載して下さい。(必ず運転免許証、住民票(発行後3ヶ月以内)、マイナンバーカード(表面)の写しのうち、いずれかを裏面に貼付してください。⑨保険証では受付できません)

該当する口に✓を記入してください

対象者 確認	※必ず該当		奈良市在住の方は、奈良市保健予防課へ問い合わせてください。	
	☒ 奈良県在住の者(奈良市在住の者を除く。)			
	【対象者区分】(口に✓を記入してください:該当する区分のすべての口を満たす必要があります)			
	●対象者区分1			
	☐ 初めての妊娠を希望し平成2年4月1日以前生まれの女性(平成2年4月2日生まれ以降は対象外)			
	☐ 妊娠中や経産婦でない			
●対象者区分2(※)				
☒ 妊娠を希望する女性又は抗体価が低い妊婦の同居者(配偶者等)				
☒ 平成2年4月1日以前生まれ(平成2年4月2日生まれ以降は対象外)				
(※)同居している妊娠を希望する女性又は抗体価が低い妊婦の氏名、住所、続柄及び生年月日を記載ください。				
・氏名	奈良 〇〇	・続柄	妻	
・住所	〒 *** - **** 〇〇 ☒ 市 ☐ 町 ☐ 村 〇〇 町 〇〇 番地	・生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 59 年 9 月 10 日 (40 歳)	
↓ 下記も確認して、記入してください				
【確認事項】(該当する場合又は不明の場合は、口に✓を記入してください、全て✓がある場合のみ対象です)				
☒ 過去に風しん抗体検査を受けたことがない				
☒ 風しんの予防接種歴(2回以上)がない(母子手帳等をご確認下さい)				
☒ 検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がない				

該当する区分のすべての口に✓のある方のみ対象となります。

3つすべての口に✓のある方のみ対象となります。

添付書類

- 対象者区分1及び2について
 - ・申込者本人の運転免許証(裏面に記載事項の変更がある場合は裏面も必要)、住民票(発行後3ヶ月以内)、マイナンバーカード(写真付き)の表面のみの写しのいずれか一つを裏面に貼付してください。
- 対象者区分2の場合
 - ・抗体価が低い妊婦の同居者(配偶者等)の方は、妊婦の抗体価が低いことを確認できるものを裏面に貼付してください。(出産予定の子の母子健康手帳(風しん抗体検査の結果の記載があるもの)の写し、抗体検査結果票の写しなど)

上記のとおりであることを認め、受検対象者として風しん抗体検査を希望します。

令和 8 年 9 月 5 日

自署 奈良 〇〇

<住所確認用記入欄>(※必ずこちらも記入して下さい。)	
住所	〒 *** - **** 〇〇 市 〇〇 町 〇〇 番地
氏名	奈良 △△ 様

受付印
