

様式第2号（第5条関係）

上川町風しん抗体検査及び任意の風しん予防接種費用助成事業交付申請書（上川医療センター用）

年 月 日

上川町長 様

申請者 住所 上川町

氏名

上川町風しん抗体検査及び任意の風しん予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり、費用助成事業の対象者の要件を確認した上で、関係書類を添えて申請します。

なお、申請の内容について、町が保有する個人情報を見直し及び上川医療センター等への照会について同意します。

1. 費用助成を受ける人

住所		電話番号	
氏名	フリガナ	男・女	生年月日 (年齢)

2. 抗体検査の費用助成を受ける場合

(1) 費用助成を受ける人は、以下の①から③の対象者の要件全てに該当するか確認し、□に✓を入れて下さい。全てに該当する場合は(2)に進んで下さい。

要件全てに該当 <input type="checkbox"/>	対象者の要件
	① 過去に抗体検査を受けたことがない。 ② 過去に2回以上の風しん予防接種歴がない。 ③ 検査で確定診断を受けた風しん既往歴がない。

(2) 上記(1)で要件全てに該当に✓した人は、以下の検査を受けた人の中から、対象となる人を選んで記号に○をつけて下さい。アからウのいずれかに該当する場合、助成対象となります。

該当する記号に○ ア・イ・ウ	検査を受けた人
	ア. 妊娠を希望する出産経験のない女性 イ. 妊娠を希望する出産経験がなく、かつ、風しん抗体ができない女性の配偶者(※)及び同居者 ウ. 風しん抗体価が低い妊婦の配偶者(※)及び同居者 (※)配偶者は、事実上婚姻関係と同様の事情にある者、及びその予定者を含む。

3. 予防接種の費用助成を受ける場合

(1) 費用助成を受ける人は、以下の①から③の項目全てに該当するか確認し、□に✓を入れて下さい。全てに該当する場合は(2)に進んで下さい。

対象者の要件	
要件全てに該当 □	① 過去に抗体検査を受けて風しんに対する十分な免疫(※)があると判断されたことがない。 ② 過去に2回以上の風しん予防接種歴がない。ただし、過去に2回以上の予防接種歴があっても、抗体価が低いことを証明できる検査結果がある場合は除く。 ③ 検査で確定診断を受けた風しん既往歴がない。
(※)十分な免疫とは、風しん抗体価がH I法で32倍以上、E I A法で8.0以上の値にある場合をいう。	

(2) (1)の要件全てに該当に☑した人は、以下の接種を受けた人の中から、対象となる人を選んで記号に○をつけて下さい。アからエのいずれかに該当する場合、助成対象となります。

接種を受けた人	
該当する記号に○ ア・イ・ウ・エ	ア. 妊娠を希望する女性 イ. 妊娠を希望する女性の配偶者(※)及び同居者 ウ. 妊娠している女性の配偶者(※)及び同居者 エ. その他 (理由)
(※)配偶者は、事実上婚姻関係と同様の事情にある者、及びその予定者を含む。	

※ 添付書類 (写し可)

- 過去に2回以上の予防接種歴があつてワクチンを接種した場合、抗体価が低いことを証明できる書類等

(上川医療センター記入欄)

風しん抗体検査の結果	
検査日	検査方法・検査結果(数値)
年 月 日	E I A法 ()

※ 7.9以下は予防接種の対象となる (8.0以上は十分な免疫あり)

予防接種の種類(いずれかに✓)
<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR) ワクチン
<input type="checkbox"/> 風しん (R) ワクチン