

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

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読覧及び医療機関等への照会について同意します。また、口座名義人が申請者と異なる場合は、助成金の受領を口座名義人に委託します。

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)	年	月
				日	(

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) 上記(2)で助成対象となった場合は、以下を記入してください。

検査年月日	医療機関名	抗体検査の種類 いずれかに○	費用額
年 月 日		・E I A法 ・H I法	円

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 <input type="checkbox"/>	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。

(3) 上記(2)で助成対象となった場合は、以下を記入してください。

接種年月日	医療機関名	予防接種の種類いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>
年 月 日		<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
費用額		
	円	

4. 振込先

振込先 金融機関	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店・支店 支所・出張所	普通 ・ 当座
	(フリガナ) 口座人名義	口座番号	

※ 添付書類(写し可)

1. 抗体検査又は予防接種を行った医療機関が発行した領収書
2. 抗体検査の結果が分かるもの
3. 予防接種を受けたことが証明できる書類
4. 過去に2回以上の予防接種歴があっても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

※担当者記入欄	助成額	円
---------	-----	---