

## 瀬戸市風しんワクチン等予防接種費用助成金交付申請書

（宛先） 瀬戸市長

申請者 住 所：瀬戸市

氏 名：

被接種者との関係（ ）

※本人または被接種者と同一世帯でない場合は委任状が必要

連絡先電話番号：

下記のとおり申請します。

## 1 被接種者

|                                    |                              |                                                           |  |
|------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------|--|
| 氏 名                                |                              | 生年月日                                                      |  |
| 住 所                                |                              |                                                           |  |
| 対象区分                               | 以下の1及び2のうち、該当するものに○をつけてください。 |                                                           |  |
|                                    |                              | 1 妊娠を予定又は希望している女性                                         |  |
|                                    |                              | 2 妊娠を予定若しくは希望している女性又は妊婦の配偶者等                              |  |
| 対象要件                               | 以下の2点に該当しない場合は対象外            |                                                           |  |
|                                    |                              | 「風しんの抗体価が低く感染予防に十分でない。」と判定された者<br>（予防接種の日から遡って1年以内の結果に限る） |  |
|                                    |                              | 過去に風しんの既往歴がない者                                            |  |
| 免除要件<br>当てはまる要件<br>に○をつけてく<br>ださい。 |                              | 生活保護世帯に属する者                                               |  |
|                                    |                              | 中国残留邦人等支援給付世帯に属する者                                        |  |

なお、免除申請の理由を確認するため、市が保有する被接種者に関する情報のうち、必要な情報を調査し確認することを承諾します。

本人自署

## 2 予防接種状況

|                    |                                                                      |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 接種日                | 年 月 日                                                                |
| 予防接種を受けた医療機関       |                                                                      |
| 接種費用（A）            | 円                                                                    |
| 助成額上限（B）           | <input type="checkbox"/> 5,000円 <input type="checkbox"/> 接種費用全額（生保等） |
| 助成額（AかBどちらか金額の低い方） | 円                                                                    |

## 3 振込先（申請者と名義人は同一）

|          |                     |  |  |  |  |  |  |  |    |
|----------|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|----|
| 金融機関名    | 銀 行<br>信用金庫<br>信用組合 |  |  |  |  |  |  |  | 支店 |
| 口座の種類・番号 | （ 当 座 ・ 普 通 ）       |  |  |  |  |  |  |  |    |
| フリガナ     |                     |  |  |  |  |  |  |  |    |
| 口座名義人    |                     |  |  |  |  |  |  |  |    |

## ※ 添付書類

- ☐ 予防接種の日から遡って1年以内に受けた風しん抗体検査の結果又は免疫が不十分と判断されたことがわかるもの
- ☐ 接種した医療機関が発行した領収書（原本）
- ☐ 予防接種の記録が記載されているもの（予診票等）
- ☐ 振込先口座のわかるもの（通帳、キャッシュカードの写しなど）
- ☐ （生活保護受給者のみ）受給証等証明書の写し

別表

| 測定キット名（製造販売元）                                     | 検査方法                      | 抗体価（単位等）                |
|---------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|
| 風疹ウイルスH I 試薬「生研」<br>（デンカ生研株式会社）                   | 赤血球凝集抑制法<br>（H I 法）       | 1 6 倍以下<br>（希釈倍率）       |
| R－H I 「生研」<br>（デンカ生研株式会社）                         | 赤血球凝集抑制法<br>（H I 法）       | 1 6 倍以下<br>（希釈倍率）       |
| ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG<br>（デンカ生研株式会社）                | 酵素免疫法<br>（E I A法）         | 8．0未満<br>（EIA 価）        |
| エンザイグノスト B 風疹/IgG<br>（シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社）  | 酵素免疫法<br>（E I A法）         | 3 0 未満<br>（国際単位（IU）/mL） |
| バイダス アッセイキット RUB IgG<br>（シスメックス・ビオメリュー株式会社）       | 蛍光酵素免疫法<br>（E L F A法）     | 4 5 未満<br>（国際単位（IU）/mL） |
| ランピア ラテックス RUBELLA<br>（極東製薬工業株式会社）                | ラテックス免疫比濁法<br>（L T I 法）   | 3 0 未満<br>（国際単位（IU）/mL） |
| アクセス ルベラIgG<br>（ベックマン・コールター株式会社）                  | 化学発光酵素免疫法<br>（C L E I A法） | 4 5 未満<br>（国際単位（IU）/mL） |
| i-アッセイCL 風疹IgG<br>（株式会社保健科学西日本）                   | 化学発光酵素免疫法<br>（C L E I A法） | 1 4 未満<br>（抗体価）         |
| BioPlex MMRV IgG<br>（バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社）         | 蛍光免疫測定法<br>（F I A法）       | 3．0 未満<br>（抗体価AI*）      |
| BioPlex ToRC IgG<br>（バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社）         | 蛍光免疫測定法<br>（F I A法）       | 3 0 未満<br>（国際単位（IU）/mL） |
| Rubella-Gアボット<br>（アボットジャパン株式会社）                   | 化学発光免疫測定法<br>（C L I A法）   | 2 5 未満<br>（国際単位（IU）/mL） |
| ランピア ラテックス RUBELLA II<br>（極東製薬工業株式会社）             | ラテックス免疫比濁法<br>（L T I 法）   | 3 5 未満<br>（国際単位（IU）/mL） |
| バイオライン ルベラ IgG/IgM<br>（アボット ダイアグノスティクス メディカル株式会社） | イムノクロマト法<br>（I C A法）      | 陰性                      |

\* 製造企業が独自に調整した抗体価単位