

安城市風しん抗体検査及び予防接種費用助成金支給申請書

年 月 日

安城市長

私は、安城市風しん抗体検査及び予防接種費用助成金について、次のとおり申請します。

なお、申請の審査に必要な場合は、市長が私の住民基本台帳を閲覧すること及び私の過去の抗体検査又は予防接種の内容について医療機関に問い合わせることに承諾します。

抗体検査又は予防接種を受けた日の属する年度の3月末までに、添付書類(本紙裏面参照)と併せてご提出ください。

申請者

(フリガナ) 氏名	() ※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
生年月日	年 月 日
住所	〒 安城市 電話番号 () -

抗体検査の費用助成

※抗体検査の費用助成を受ける方のみ記入してください。

確認事項 ※全て該当する方が対象です	<input type="checkbox"/> 妊娠経験がなく、現在妊娠していない女性、又はその夫(事実婚含む) ⇒夫の場合は記入してください：女性の氏名 () <input type="checkbox"/> 風しん予防接種を受けたことがある、又は風しんにかかったことがある <input type="checkbox"/> 風しん抗体検査及び風しん予防接種の費用助成を受けたことがない
抗体検査日	年 月 日
抗体検査費用	領収書の抗体検査費用額：(A) 円

予防接種の費用助成

※予防接種の費用助成を受ける方のみ記入してください。

確認事項 ※全て該当する方が対象です	<input type="checkbox"/> 抗体検査結果が市が定める抗体価の基準に該当する(検査結果の添付が必要) <input type="checkbox"/> 風しん予防接種の費用助成を受けたことがない
接種歴・罹患歴 ※該当しない方も費用助成の対象です	<input type="checkbox"/> 風しん予防接種を受けたこと又は、風しんにかかったことがある
予防接種を受けた方	<input type="checkbox"/> 現在妊娠していない妊娠を希望する女性(妊娠経験がない) <input type="checkbox"/> 現在妊娠していない妊娠を希望する女性(経産婦) <input type="checkbox"/> 現在妊娠していない妊娠を希望する女性の夫(事実婚含む) ⇒妊娠を希望する女性の氏名 () <input type="checkbox"/> 妊婦の夫(事実婚含む) ⇒妊婦の氏名 ()
予防接種日	年 月 日
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン ・ <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン
予防接種費用	領収書の予防接種費用額：(B) 円

申請金額

抗体検査 (C)	上限額5,000円又は(A)のいずれか低い額： 円
予防接種 (D)	上限額5,000円又は(B)のいずれか低い額： 円
金額合計 (C) + (D)	円

抗体検査

風しん抗体検査の結果が以下のいずれかに該当している方が、予防接種費用の助成を受けられる対象となります(検査方法によって基準値が異なります)。

検査方法	結果(基準値)	検査方法	結果(基準値)
HI法	16倍以下	CLEIA法	14未満(抗体価)
EIA法	8.0未満(EIA価)	CLEIA法	45未満(国際単位 IU/ml)
EIA法	30未満(国際単位 IU/ml)	FIA法	3.0未満(抗体価AI)
LTI法 (ランピア ラテックス RUBELLA)	30未満(国際単位 IU/ml)	FIA法	30未満(国際単位 IU/ml)
LTI法 (ランピア ラテックス RUBELLA II)	35未満(国際単位 IU/ml)	ELFA法	45未満(国際単位 IU/ml)
CLIA法	25未満(国際単位 IU/ml)	ICA法	陰性

添付書類

本申請書に加えて、以下の添付資料をご提出ください。抗体検査の費用助成を受ける場合と、予防接種の費用助成を受ける場合で、申請に必要なものが異なります。

共通に必要なもの 安城市風しん抗体検査及び予防接種費用助成金支給請求書

申請日、支給決定年月日及び請求金額は記入しないでください

 振込先がわかるもの(通帳の表紙の裏、キャッシュカードなど)

振込先口座は、請求者の口座に限ります

風しん抗体検査費用の助成を受ける場合に必要なもの 医療機関が発行する領収書(写し可)

申請者名・抗体検査費用・抗体検査日・抗体検査の方法がわかるもの

 診療明細書など(写し可)

領収書に抗体検査費用としての金額や抗体検査日の記載がない場合に必要です

風しん予防接種費用の助成を受ける場合に必要なもの 風しん抗体検査結果(写し可)

愛知県風しん抗体検査事業「風しん抗体検査の結果について」

または、申請者名・抗体検査日・抗体検査方法・結果数値・医療機関名がわかるもの

 医療機関が発行する領収書(写し可)

申請者名・予防接種費用・接種日・ワクチンの種類がわかるもの

 診療明細書など(写し可)

領収書に予防接種費用としての金額・接種日・ワクチンの種類の記載がない場合に必要です

提出先

〒446-0045 安城市横山町下毛賀知106番地1 安城市保健センター
(電話番号:0566-76-1133) 土曜日・日曜日・祝日・年末年始を除く

【事務処理欄】

受付	処理	確認