

みよし市風しん対策事業 費用助成申請書(令和 7 年度)

みよし市長 様

下記のとおり風しん対策事業に要する抗体検査及びワクチン接種の費用助成を申請します。費用助成を受けるにあたり、風しんの予防接種を受けたことはなく、風しんにかかったこともないことを申し添えます。

なお、申請内容について、必要に応じて市が保有する予防接種台帳や住民登録情報を閲覧すること、及び医療機関に問い合わせることに同意します。

記

申請日	令和 年 月 日
検査・接種歴	風しん抗体検査をうけたことが ☐ ない・ ☐ ある (ある場合は対象外。 但し、検査結果持参の場合、その検査数値が下記の基準に該当すれば予防接種は対象。) 風しん (麻しん風しん) の予防接種を受けたことが ☐ ない・ ☐ ある(対象外)
対象者区分 (該当を○で囲む)	A 妊娠を希望する女性 (初めての妊娠)
	B 妊娠を希望する女性 (初めての妊娠) の 配偶者*1 などの同居者*2
	C 妊娠を希望する女性 (経産婦)
	D 妊娠を希望する女性 (経産婦) の配偶者*1 などの同居者*2、又は、 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者 〔 *1 婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む *2 生活空間を同一にする頻度が高い者 〕
	E 上記 A～C に該当しない 30 歳以上 50 歳未満の男性
申請者 (受検・被接種者本人)	(ふりがな)
	氏名 男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (年齢 歳)
住 所	みよし市
電話番号(携帯電話)	() —

➤ ここからは、医療機関の方が記入してください。

抗体検査〈該当する箇所には☑及び数値に○印〉 助成額 6, 750 円			
☐ 今回の申請で実施 (請求可) (実施日: 申請日同日)		☐ 愛知県抗体検査事業で実施済 (請求不可) ☐ 医療機関で実施済 (請求不可) (実施日: 年 月)	
検査方法	抗体価	単位	ワクチン接種の対象
☐ HI 法 ☐ EIA 法 ☐ その他 () 法		倍・EIA 価 IU/ml その他 ()	対象 ・ 対象外

ワクチン接種 〈A～C のいずれかに○印〉	
接種日	令和 年 月 日
A 麻しん風しん混合ワクチン (助成額 5, 000 円*3) ☐ 麻しん対策事業同時実施	
B 風しんワクチン (助成額 3, 000 円*3)	
C ワクチン接種を希望しない (理由)	

*3: 被接種者が負担する接種費用は、助成額を差し引いた金額です。

〈医療機関の方へ〉

本申請書のみ報告書に添付して市へ請求してください。
予診票の添付は必要ありませんが、必要に応じて照会させていただきます。

医療機関名