

みよし市風しん対策事業 費用助成申請書(令和8(2026)年度)

みよし市長

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 <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> 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、風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者、愛知県風しん抗体検査事業の対象外となる初めての妊娠を希望する女性の配偶者*1などの同居者*2 〔 *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B、D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			
<input type="checkbox"/> 今回の申請で実施(請求可) (実施日: 申請日同日)		<input type="checkbox"/> 愛知県抗体検査事業で実施済(請求不可) <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> HI法 <input type="checkbox"/> EIA法 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 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

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」 （デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （H I 法）	1 6 倍以下 （希釈倍率）
R－H I 「生研」 （デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （H I 法）	1 6 倍以下 （希釈倍率）
ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG （デンカ生研株式会社）	酵素免疫法 （E I A法）	8. 0 未満 （EIA 価）
エンザイグノスト B 風疹/IgG （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 （E I A法）	3 0 未満 （国際単位（IU）/mL）
バイダス アッセイキット RUB IgG （シスメックス・ビオメリュー株式会社）	蛍光酵素免疫法 （E L F A法）	4 5 未満 （国際単位（IU）/mL）
ランピア ラテックス RUBELLA （極東製薬工業株式会社）	ラテックス免疫比濁法 （L T I 法）	3 0 未満 （国際単位（IU）/mL）
アクセス ルベラIgG （ベックマン・コールター株式会社）	化学発光酵素免疫法 （C L E I A法）	4 5 未満 （国際単位（IU）/mL）
i-アッセイCL 風疹IgG （株式会社保健科学西日本）	化学発光酵素免疫法 （C L E I A法）	1 4 未満 （抗体価）
BioPlex MMRV IgG （バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社）	蛍光免疫測定法 （F I A法）	3. 0 未満 （抗体価AI*）
BioPlex ToRC IgG （バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社）	蛍光免疫測定法 （F I A法）	3 0 未満 （国際単位（IU）/mL）
Rubella-Gアボット （アボットジャパン株式会社）	化学発光免疫測定法 （C L I A法）	2 5 未満 （国際単位（IU）/mL）
ランピア ラテックス RUBELLA II （極東製薬工業株式会社）	ラテックス免疫比濁法 （L T I 法）	3 5 未満 （国際単位（IU）/mL）
バイオライン ルベラ IgG/IgM （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 （I C A法）	陰性

*製造企業が独自に調整した抗体価単位

出典：愛知県風しん抗体検査事業委託実施要領