第１号様式（第５条関係）

　　年　　月　　日

藤 枝 市 長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者**（※18歳以上は被接種者氏名）**

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 藤枝市 |
| 氏　　名 |  |
| 電話番号 |  |

**藤枝市法定外予防接種助成金交付申請書兼代理受領委任申出書**

藤枝市法定外予防接種助成金交付要綱第５条の規定により、助成金の交付申請、請求及び代理受領を下記の指定医療機関に委任します。

１　被接種者が受ける予防接種

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種名 | 申請額 | 申請回数 | 接種年月日 | 対象者 |
| 高齢者肺炎球菌ワクチン | 3,000円 | 回目 | 　年　月　日 | 過去に助成を受けたことがない65歳以上（定期予防接種含む） |
| 風しんワクチン | 4,000円 | 回目 | 年　月　日 | 妊娠を希望する女性とそのパートナーなどで、風しん抗体価の低い人(※下記被接種者欄に検査日等を記入のこと) |
| 麻しん風しん混合ワクチン | 5,000円 | 回目 | 年　月　日 |
| 帯状疱疹ワクチン | 3,000円 | 回目 | 年　月　日 | 50歳以上 |
| おたふくかぜワクチン | 3,000円 | 回目 | 年　月　日 | 1歳児、小学校入学前の1年（3月31日まで） |
| 男子HPVワクチン | 8,000円 | 回目 | 年　月　日 | 小学６年～高校１年相当年齢 |

２　被接種者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者氏名 | □申請者と同じ・　　　　　　　　　　　　 | 生年月日 | 　　年　　月　　日(　　歳) |
| 住　　所 | □申請者と同じ・藤枝市 |
| 風しん又は麻しん風しん混合ワクチンを接種した人 | 風しん抗体検査結果 | 検査実施日　　　年　　月　　日　抗体価が基準値より（低い・高い） |
| パートナー等の場合に記入 | 女性の氏名　　　　　　　　　　（生年月日　　　　年　　月　　日） |

※静岡県の風しん抗体検査結果判定　裏面参照

※接種費用の額と助成申請額との差額を医療機関へお支払ください。

【実施医療機関記入欄】

上記の助成金の申請及び請求、受領について受任します。

（接種日）　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 受任者 | 住　　　所医療機関名代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

|  |  |
| --- | --- |
| Ｈ Ｉ 法：16倍以下ＥＩＡ法(ルベラＩｇＧ抗体)：8.0未満ＥＩＡ法(風疹／ＩｇＧ抗体)：30未満ＥＬＦＡ法：45未満ＬＴＩ法：30未満ＣＬＥＩＡ法(ルベラＩｇＧ抗体)：45未満ＣＬＥＩＡ法(風疹ＩｇＧ抗体)：14.0未満ＦＩＡ法(BioPlex MMRV IgG抗体)：3.0未満ＦＩＡ法(BioPlex ToRC IgG抗体)：30未満 | 風しんの抗体がないか、感染予防に十分な抗体を持っていないと考えられますので、風しんの予防接種を受けることをお勧めします。 |
| Ｈ Ｉ 法：32倍以上ＥＩＡ法(ルベラＩｇＧ抗体)：8.0以上ＥＩＡ法(風疹／ＩｇＧ抗体)：30以上ＥＬＦＡ法：45以上ＬＴＩ法：30以上ＣＬＥＩＡ法(ルベラＩｇＧ抗体)：45以上ＣＬＥＩＡ法(風疹ＩｇＧ抗体)：14.0以上ＦＩＡ法(BioPlex MMRV IgG抗体)：3.0以上ＦＩＡ法(BioPlex ToRC IgG抗体)：30以上 | 風しんの感染予防に十分な抗体を持っていると考えられます。 |

**静岡県の風しん抗体検査結果判定**