

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	
带状疱疹ワクチン	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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ・	生年月日	年 月 日（ 歳）
住 所	<input type="checkbox"/> 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	⑩
-------------	----------------------	---

## 静岡県の風しん抗体検査結果判定

<p>H I 法 : 16 倍以下 E I A法(ルベラ I g G抗体) : 8.0 未満 E I A法(風疹 / I g G抗体) : 30 未満 E L F A法 : 45 未満 L T I 法 : 30 未満 C L E I A法(ルベラ I g G抗体) : 45 未満 C L E I A法(風疹 I g G抗体) : 14.0 未満 F I A法(BioPlex MMRV IgG 抗体) : 3.0 未満 F I A法(BioPlex ToRC IgG 抗体) : 30 未満</p>	<p>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。</p>
<p>H I 法 : 32 倍以上 E I A法(ルベラ I g G抗体) : 8.0 以上 E I A法(風疹 / I g G抗体) : 30 以上 E L F A法 : 45 以上 L T I 法 : 30 以上 C L E I A法(ルベラ I g G抗体) : 45 以上 C L E I A法(風疹 I g G抗体) : 14.0 以上 F I A法(BioPlex MMRV IgG 抗体) : 3.0 以上 F I A法(BioPlex ToRC IgG 抗体) : 30 以上</p>	<p>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。</p>