

第5号様式（第13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（償還払い）

藤枝市法定外予防接種費助成金を交付くださるよう、藤枝市法定外予防接種助成金交付要綱第9条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

1 被接種者が受けた予防接種

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
麻しん風しん混合ワクチン	5,000円	回目	年 月 日	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)
帯状疱疹ワクチン	3,000円	回	年 月 日 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			
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫・農協	支店	種類 普通・当座
	口座名義人 (カタカナ)		口座番号	
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)	

口座名義人が申請者と異なる場合は、下記の委任状を記入してください。

委 任 状

私は助成金の受領を下記の代理人に委任します。

〔申請者〕

〔代理人〕 住 所

氏 名

印

氏 名

印

(申請者との続柄：)

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 IgG 抗体) : 8.0 未満 E I A法(風疹／IgG 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 IgG 抗体) : 45 未満 C L E I A法(風疹 IgG 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 IgG 抗体) : 8.0 以上 E I A法(風疹／IgG 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 IgG 抗体) : 45 以上 C L E I A法(風疹 IgG 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>