

豊田市風しん対策事業 費用助成申請書 (令和4年度)

豊田市長 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	風しん抗体検査を受けたことが <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)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(経産婦) C 妊娠を希望する女性の配偶者 ^{*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〕 D 上記A~Cに該当しない30歳以上50歳未満の男性
※昭和37年4月2日~昭和54年4月1日生まれの男性は対象外(定期対象)	
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	豊田市
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☑及び数値に○印〉		助成額 6,790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"/> 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