

豊郷町風しん任意予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

豊郷町長 様

申 請 者	住 所 豊郷町
	氏 名 (印) (接種者が未成年の場合はその保護者等)
	電話番号

豊郷町風しん任意予防接種費用助成金の交付について、添付書類を添えて申請します。

なお、この申請に基づく交付決定にあたり、豊郷町が保有する情報について閲覧することおよび医療機関等に問い合わせることに同意します。

被接種者氏名		性別	男・女
被接種者生年月日	年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯に属する者	
被接種者住所	豊郷町		
風しん抗体検査	検査日	検査実施機関	検査結果
	年 月 日		<input type="checkbox"/> HI法 16倍以下 <input type="checkbox"/> EIA法 8.0未満または ①国際単位30IU/ml未満 ②国際単位45IU/ml未満
風しん予防接種状況	接種日	接種医療機関	ワクチンの種類
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 風しん単独 <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合
	予防接種の窓口支払い額		
	(A)		円
助成申請額	※(A)の額×0.7 生活保護世帯に属する場合は(A)×1.0または7,000円のいずれか少ない額をご記入ください。1円未満切捨てです。		
	円		

EIA法①の国際単位はシーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社、極東製薬工業株式会社、②の国際単位は、シスメックス・バイオミュー株式会社、バックマン・コールター株式会社製の風しんIgG測定キットを使用した場合の判定基準とする。

添付書類

- 領収書(被接種者名、予防接種名、接種費用、接種日および医療機関名がわかるもの)
- 抗体検査結果書(風しん抗体価が低い状態にあること、被検査者名、検査名、検査日および医療機関名がわかるもの)