

課長	専任課長	課長補佐	主査	受付者

風しんワクチン接種助成申請書（助成券用）

平成 年 月 日

（あて先）一 宮 市 長

風しんの予防接種を希望しますので、下記のとおり風しんワクチン接種助成券の申請をします。

申 請 者	住 所	〒		
	氏 名	(昭和・平成 年 月 日生)	電話番号	() -

以下の質問にお答えください。

<p>① 風しんの抗体価はいくつですか？【対象の方】</p> <p>H I 法による H I 抗体価が 16 倍以下 又は H I 抗体価 () 倍</p> <p>E I A 法による E I A 価が 8.0 未満 (注1) 又は E I A 価 ()</p> <p>(注1) デンカ生研株式会社製キット使用</p> <p>E I A 法による 国際単位が 30 IU/mL (注2) 未満又は 国際単位 ()</p> <p>(注2) 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製キット使用</p> <p>E I A 法による 国際単位が 45 IU/mL (注3) 未満 国際単位 ()</p> <p>(注3) シスメックス・ピオメリュール株式会社、バックマン・コールター株式会社製キット使用</p> <p>② 出産の経験はありますか？ (はい・いいえ)</p> <p>(経産婦の方は対象になりません。)</p> <p>③ 過去に風しん等のワクチン接種歴や風しんにかかったことがありますか？ (ある方は対象になりません。)</p> <p>(はい・いいえ)</p> <p>④ 現在、妊娠中ですか？ (はい・いいえ)</p> <p>(妊娠中の方は予防接種できません。)</p> <p>⑤ 現在、妊娠を予定又は希望していますか？ (はい・いいえ)</p> <p>(妊娠を予定又は希望していない方は対象になりません。)</p> <p>⑥ 現在、生活保護世帯に該当しますか？ (はい・いいえ)</p>	
--	--

【必要書類】 風しん抗体検査結果票