

年 月 日

風しんワクチン接種費用助成申請書
(協力医療機関以外で接種を受けた場合)

申請先 熊取町長

協力医療機関以外で風しんワクチンを接種しましたので、助成金の交付を申請するとともに、記載事項について、熊取町において、住民基本台帳等により確認することに同意します。

申請者 (署名又は記名押印)

住 所 _____

(ふりがな)

氏 名 _____

電話番号 _____

生 年 月 日 年 齢	年 月 日生 歳(接種日現在)	確 認 事 項
助成対象者区分 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性	風しん抗体検査実施機関名： ()
	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者 (風しんの追加的対策の対象者を除く)	風しん抗体検査年月日： (年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 妊婦の配偶者 (風しんの追加的対策の対象者を除く)	風しん抗体検査結果：(裏面参照) <input type="checkbox"/> 検査方法 (法)
	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の同居者 (風しんの追加的対策の対象者を除く)	<input type="checkbox"/> 抗体価 ()
	<input type="checkbox"/> 妊婦の同居者 (風しんの追加的対策の対象者を除く)	<u>(抗体検査結果の写し要添付)</u>
接 種 日	令和 年 月 日	
接種医療機関	医療機関名 所在地	
接種したワクチンの種類 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン (M R)	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン

申請兼請求金額						円
---------	--	--	--	--	--	---

*太線の中を記入して下さい。

*助成金の上限額は、(1) 麻しん風しん混合ワクチン 10,043 円、(2) 風しんワクチン 6,501 円です。

*添付書類 接種費用に係る領収書、抗体検査結果の写し、母子健康手帳 (妊婦の配偶者の場合)
(裏面有り)

振込先	銀行・農協 信用金庫 信用組合		支店 支所	口座 名義	フリガナ
	種別	普通 当座			口座 番号

※熊取町使用欄

住民票の有無	個人負担額	助成基準額	助成決定額
有・無	円	(1) 麻しん風しん混合ワクチン 10,043 円 (2) 風しんワクチン 6,501 円	円

風しんワクチン接種費用助成事業の抗体価基準（参考）

測定キット名（製造販売元）	検査方法	抗体価（単位等）
風疹ウイルスHI試薬「生研」 （デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （HI法）	16倍以下（希釈倍率）
R-HI「生研」 （デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （HI法）	16倍以下（希釈倍率）
ウイルス抗体EIA「生研」 ルベラ IgG（デンカ生研株式会社）	酵素免疫法 （EIA法）	8.0未満（EIA価）
エンザイグノスト B 風疹/IgG （シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス 株式会社）	酵素免疫法 （EIA法）	30未満 （国際単位（IU）/ml）
バイダス アッセイキット RUB IgG （シスメックス・ビオメリュー株式会社）	蛍光酵素免疫法 （ELFA法）	45未満 （国際単位（IU）/ml）
ランピア ラテックス RUBELLA （極東製薬工業株式会社）	ラテックス免疫比濁法 （LTI法）	30未満 （国際単位（IU）/ml）
アクセス ルベラ IgG （ベックマン・コールター株式会社）	化学発光酵素免疫法 （CLEIA法）	45未満 （国際単位（IU）/ml）
i-アッセイ CL 風疹 IgG （株式会社保健科学西日本）	化学発光酵素免疫法 （CLEIA法）	14未満（抗体価）
BioPlex MMRV IgG （バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社）	蛍光免疫測定法 （FIA法）	3.0未満 （抗体価AI*）
BioPlex ToRC IgG （バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社）	蛍光免疫測定法 （FIA法）	30未満 （国際単位（IU）/ml）
Rubella-Gアボット （アボットジャパン株式会社）	化学発光免疫測定法 （CLIA法）	25未満 （国際単位（IU）/ml）
ランピア ラテックス RUBELLA II （極東製薬工業株式会社）	ラテックス免疫比濁法 （LTI法）	35未満 （国際単位（IU）/ml）

* 製造企業が独自に調整した抗体価単位