

成人女性等風しん予防接種助成申請書 【 予診票 ・ 依頼書 】

先天性風しん症候群の発生予防を目的とした風しんの予防接種を受けることを希望するので、任意予防接種費用助成について申請します。
 なお、この申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、宗像市が調査することに同意します。

宗像市長

申請日 年 月 日

申請者名 _____ (接種を希望する人との続柄: _____)

住 所 _____

電話番号 _____

接種を希望する人	フリガナ			男 ・ 女	生年月日			
	氏名				昭和 ・ 平成	年	月	日 () 歳
	住所	宗像市			電話番号			
	抗体検査結果	HI 法	8倍未満・8倍・16倍	接種予定 医療機関名	※宗像市、福津市の実施医療機関以外での接種を希望する場合、 下記の【医療機関情報欄】もご記入ください			
		EIA 法	抗体価()					
検査区分	保健所・県・他							
【対象区分について】接種を希望する人は、0~2のどれに当てはまりますか。								
対象区分	0: 妊娠希望者	パートナー 氏名		抗体検査結果	HI / EIA	法/抗体価()		
	1: 妊婦の同居家族 (パートナーを含む)	妊婦 氏名		抗体検査結果	HI / EIA	法/抗体価()		
	2: 妊娠希望者の 同居家族 (パートナーを含む)	妊娠希望者 氏名		抗体検査結果	HI / EIA	法/抗体価()		
【医療機関情報欄】 ※宗像市・福津市の実施医療機関以外での接種を希望する場合、こちらもご記入ください。								
医療機関住所:		電話番号:						
接種医師名: _____ ※ 接種医師名が不明な場合は、未記入でも差し支えありません。								
依頼理由 (該当するものに○) : かかりつけ ・ その他 ()								

<職員使用欄> 受付日: 年 月 日

対象者 確認	接種希望者が妊娠希望者の場合		
	<input type="checkbox"/>	接種希望者は、宗像市民である。	
	<input type="checkbox"/>	接種希望者の抗体価が低い。	
	<input type="checkbox"/>	平成25年10月1日以降に宗像市成人女性等風疹予防接種助成事業を利用して、風しんまたはMRの予防接種を受けたことはない。	
	接種希望者が妊婦・妊娠希望者の同居家族(パートナーを含む、生活空間を同一にする頻度が高い家族など)の場合		
	<input type="checkbox"/>	接種希望者は、宗像市民である。	
<input type="checkbox"/>	接種希望者の抗体価が低い。		
<input type="checkbox"/>	同居している妊婦及び妊娠希望者が抗体価が低い。または、妊娠初期で抗体検査が不明である。		
<input type="checkbox"/>	昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性で「定期接種対象」ではない。		
<input type="checkbox"/>	平成25年10月1日以降に宗像市成人女性等風疹予防接種助成事業を利用して、風しんまたはMRの予防接種を受けたことはない。		
【申請者本人確認書類 (代理申請のみコピー必須)】			
<input type="checkbox"/>	マイナンバーカード		
<input type="checkbox"/>	運転免許証	<input type="checkbox"/>	健康保険証 (※記号・番号はマスキングしてコピー)
<input type="checkbox"/>	その他()		
		センター長	係長
		係	係

書類添付欄

◇検査メーカー

- ①デンカ生研株式会社
- 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
- ③シスメックス・ビオメリュー株式会社
- ④極東製薬工業株式会社
- ⑤ベックマン・コールター株式会社
- ⑥株式会社保健科学西日本
- ⑦バイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社

測定方法	抗体価
HI法	32倍未満
EIA法	①EIA価 8.0未満
	②30 IU/mL未満
ELFA法	③45 IU/mL
LTI法	④30 IU/mL
CLEIA法	⑤45 IU/mL
	⑥抗体価 14
FIA法	⑦抗体価 AI* 3.0
	⑧30 IU/mL