

麻しん風しん混合予防接種（妊娠希望者及び妊婦の配偶者または同居者）

無料予防接種発行申請書 兼 委任状

芦屋町長 様

太枠内に必要事項を記入してください。

次のとおり無料予防接種の発行を申請します。また、無料
予防接種が再発行できないことに同意します。

申請日	年 月 日
-----	-------

申請者	住所・電話番号	(〒 -) TEL :			
	ふりがな氏名	印※	被接種者との続柄		
被接種者	同意欄	<input type="checkbox"/>	申請に係る年度の生活保護の受給状況及び町民税の課税状況を確認することに同意します。		
	委任欄*1	<input type="checkbox"/>	申請の手続並びに予防接種受領の権限を、申請者に委任します。		
	住所・電話番号*1	(〒 -) TEL :			
	ふりがな氏名	印※	生年月日	年 月 日 (歳)	
世帯状況*1	同意欄	<input type="checkbox"/>	申請に係る年度の生活保護の受給状況及び町民税の課税状況を確認することに同意します。		
		氏 名			
		印※			
		印※			
		印※			

*1の欄は、被接種者が申請者と同一人の場合または住民票上同一世帯の親族の場合、記入は不要です。

※本人が自署する場合、印鑑は不要です。

処理欄

今回予防接種を受ける人は、（妊娠希望者・妊婦の同居家族・妊娠希望者の同居家族）です。

受ける人の抗体検査結果	妊婦および妊娠希望者の抗体検査結果	判定結果 (いずれかに○)
検査方法：()法	検査方法：()法	予防接種対象
抗体価	抗体価	不明
		予防接種非対象

受付日	年 月 日
申請者確認書類	保・運・診・他 ()
被接種者確認書類	保・運・診・他 ()
被接種者住基確認	<input type="checkbox"/> 住基登録確認済
被接種者接種履歴確認	<input type="checkbox"/> 未接種確認済
接種医療機関名	
処理者	

【参考】

対象となるのは、風しん抗体検査を受け、抗体検査が低いこと（下記の抗体価未満）が判明した、次の人です。

①妊娠希望者（妊婦は除く）

②妊娠希望者及び妊婦の配偶者（パートナー含む）または同居者

※但し、1歳児・年長児を除く。

※②については、妊娠希望者及び妊婦が、風しんに係る抗体検査を受けた結果、十分な量の抗体があること（下記の抗体価以上）が判明している場合は対象となりません。

方法	検査キット	抗体価 (県・任意)
HI 法	風疹ウイルス HI 試薬「生研」・R-HI「生研」 (デンカ生研株式会社)	32 倍未満
EIA 法	ウイルス抗体 E I A「生研」ルベラ I g G (デンカ生研株式会社)	EIA 価 8.0 未満
	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)	30 IU/mL 未満
ELFA 法	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)	45 IU/mL 未満
LTI 法	ランピア ラテックス RUBELLA (極東製薬工業株式会社)	30 IU/mL 未満
CLEIA 法	アクセス ルベラ IgG (ベックマン・コールター株式会社)	45 IU/mL 未満
	i-アッセイ CL 風疹 IgG (株式会社保健科学西日本)	14 未満
	Rubella-G アボット (アボットジャパン株式会社)	25IU/mL未満
FIA 法	BioPlex MMRV IgG (バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社)	AI 3.0 未満
	BioPlex ToRC IgG (バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社)	30 IU/mL 未満