

0～5歳児の保護者等を対象とした麻しん対策事業助成申請書

下記のとおり、申し込みます（申請書は1人につき1枚ご提出ください）。

フリガナ 申請者氏名 (助成を受ける方の氏名)		性別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日		
住 所	〒 港区		
連絡先電話番号			

次の該当するものに☑をして、同居人は（ ）をご記入してください。

(1) 抗体検査受診希望の人

受診日現在 19 歳以上の区民で 0～5 歳児と同居する ☐ 保護者 ☐ 同居人（関係 ）

(2) 予防接種希望の人

接種日現在 19 歳以上の区民で 0～5 歳児と同居する ☐ 保護者 ☐ 同居人（関係 ）
であり、麻しんの抗体価が基準値未満である人

※(2)を選択した人は申請書に麻しんの抗体価が基準値未満であることが確認できるもの（検査結果等の写し）を同封してお申し込みください。

これまでに麻しんの抗体検査を受けたことがありますか？	☐ ない	☐ わからない	☐ ある	予防接種の履歴が2回以上ある人、及び麻しんにかかったことのある人は申請できません。ただし、抗体検査を受けたことがあり、抗体価が基準値未満である人は予防接種助成が受けられます。 抗体価が確認できるものを同封し、予防接種予診票をご申請ください。
これまでに麻しんにかかったことがありますか？	☐ ない	☐ わからない		
これまでに麻しんの予防接種を2回以上受けたことがありますか？	☐ ない	☐ わからない		

申し込み内容 (希望するものどちらか一方に☑してください。)	☐ 抗体検査受診票（抗体価が不明な人はこちら） ☐ 予防接種予診票（抗体価が基準値未満である人のみ） 抗体価 【 法】 【数値： 】
	※ 予防接種予診票のお申込みの際は、予防接種を希望する人の <u>抗体価が確認できるもの</u> （検査結果報告書の写し等）を同封してお申し込みください。 ※ 予防接種の助成対象となる抗体価は、 <u>EIA 法(IgG)：16.0 未満, 中和法：8.0 倍未満, FIA 法：BioPlexMMRV IgG で 1.5 AI 未満です。</u>

事務処理欄	受付	発行	内容	封入	確認	送付日	受 理
	窓口・切手・後納 備考						