令和７年度

豊田市麻しん対策事業　費用助成申請書（令和７年度）

豊田市長　様

下記のとおり麻しん対策事業に要する抗体検査及び予防接種の費用助成を申請します。費用助成を受けるにあたり、対象者の要件に該当することを申し添えます。

なお、申請内容について、必要に応じて市が保有する予防接種台帳や住民登録情報を閲覧すること、及び医療機関に問い合わせることに同意します。

記

申請日(接種日)	令和　　年　　月　　日
罹患歴	無　・　不明　　※有の場合は対象外
接種歴	0 回　・　1 回　・　不明　　※2 回以上の場合は対象外
被接種者 (予防接種を受ける人)	(ふりがな) 氏名　　（　男　・　女　）
生年月日	年　　月　　日　（年齢　　歳）
住　所	豊田市
電話番号(携帯)	(　　)　　－

➢　ここからは、医療機関の方が記入してください。

抗体検査〈 該当する箇所に☑ 〉		**助成額　２，６５０円**
□　実施（請求可） (実施日:申請日同日)		□ 未実施（請求不可） 【理由】□他機関で実施（実施日：　　年　　月） □その他（　　）
検査方法 抗体価＊1	□EIA/IgG 法 (　　)	□PA 法 (　　)　　□NT 法 (　　)
判定	□予防接種の実施	□予防接種の必要なし

＊１：抗体価は地区の感染症対策以外には使用しません。

予防接種　〈A～Dのいずれかに○印〉	
接種日	令和　　年　　月　　日
A　麻しん風しん混合ワクチン（助成額５，０００円＊2）	
B　麻しんワクチン（助成額３，０００円＊2）	
C　ワクチン接種を希望しない（請求不可） （他医療機関で実施・その他　　）	
D　風しん対策事業で実施（請求不可） 接種日　（　令和　　年　　月　　日　実施）	

医療機関名

＊２：被接種者が負担する接種費用は、助成額を差し引いた金額です。

〈医療機関の方へ〉本申請書のみ報告書に添付し請求してください。予診票の添付は必要ありません。