

年 月 日

(あて先) 名古屋市長

定期風しん（第5期）抗体検査・予防接種クーポン券発行申請書

風しん抗体検査・第5期予防接種を希望しますので、以下のとおり風しん抗体検査・予防接種に係るクーポン券の発行申請をします。

被接種者等	住 所	〒 -		
	ふりがな		生	昭和 年 月 日
	氏 名		年	(満 歳)
	電 話 番 号	-	-	※日中に繋がる連絡先の電話番号をご記入ください。
	希望するクーポン券 (○で囲む)	抗体検査 ・ 予防接種 ※既に定期抗体検査を受けられた方は、予防接種のクーポン券のみ申請してください。		
申 請 者	住 所	<input type="checkbox"/> 上記住所に同じ 〒 -		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 上記氏名に同じ (被接種者との続柄) ※本人又は同一世帯の親族以外の方が申請する場合は、委任状を添付してください。 ※本人以外の方が申請する場合、福祉総合情報システムにより被接種者等が名古屋市民であることを確認しますので、ご了承ください。		
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 上記電話番号に同じ - - ※日中に繋がる連絡先の電話番号をご記入ください。		
ク ー ポ ン 券 送 付 先	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ <input type="checkbox"/> 滞在先住所 (※郵便物が届く住所をご記入ください。) 〒 - (様方)			

※クーポン券の発行までに1か月程度かかります。

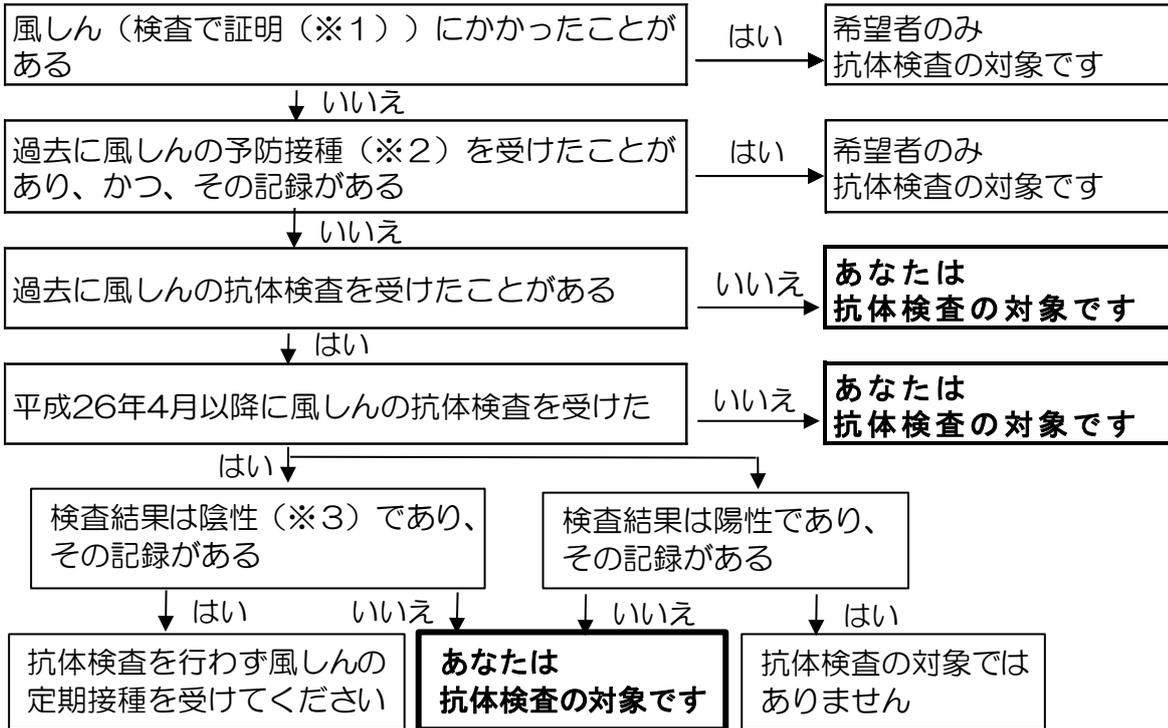
~~~~申請の際は、以下の2点を提出してください。~~~~

- ①本申請書 (原本)
- ②申請者の氏名・住所の記載がある本人確認書類 (窓口申請は原本、郵送申請は写し)

《名古屋市記入欄》

|         |   |   |
|---------|---|---|
| 受 付 番 号 | - | - |
| 備 考     |   |   |

以下のフローチャートで、定期抗体検査の対象者であるか確認してください。



- (※1) ウイルス遺伝子検査（PCR法）による風しんウイルス遺伝子の検出、ウイルス分離・同定による風しんウイルスの検出、風しん抗体の検出（IgM抗体の検出、ペア血清での抗体陽転又は抗体価の有意な上昇）。
- (※2) 風しんの予防接種とは、風しんワクチン、麻しん・風しん混合（MR）ワクチン、麻しん・風しん・おたふくかぜ（MMR）ワクチンのいずれか。
- (※3) 抗体検査結果が陰性とは、「抗体検査の結果、免疫が不十分と判断される方の抗体検査の方法と基準」をみtas方。