

千葉県麻疹風しん混合ワクチン任意予防接種費用助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、麻疹風しん混合ワクチン任意予防接種（以下「予防接種」という。）を実施することにより、麻疹・風しんの発症及び流行並びに先天性風しん症候群の発生を予防し、もって市民の健康増進を図ることを目的とする。

(実施主体)

第2条 この予防接種の実施主体は千葉県とする。

(実施方法)

第3条 この要綱に基づく予防接種は、市長が一般社団法人千葉県医師会及び市内の医療機関と委託契約を締結し、個別接種によりこれを行うものとする。

(対象者)

第4条 対象者は本市に住民登録がある者であって、次の各号に掲げる者とする。

- (1) 風しん抗体検査の結果、風しんの抗体価が低かった者（別表のとおり）とする。ただし、予防接種法（昭和23年法律第68号）第5条第1項の規定により千葉県が実施する定期予防接種の対象者のうち、麻疹風しん混合ワクチン定期予防接種の第1期（生後12月～生後24月に至るまでの間にある者）、第2期（5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学前の1年間にある者）の対象者及び、風しん第5期対象者のうち、国の追加的対策によるクーポン券を利用する者を除く。
- (2) 2歳から昭和47年10月2日以降に生まれ、麻疹ワクチン（混合ワクチンを含む）を過去に1回も接種していない者（造血細胞移植後に麻疹ワクチン（混合ワクチンを含む）を接種していない者を含む）とする。ただし、予防接種法（昭和23年法律第68号）第5条第1項の規定により千葉県が実施する定期予防接種の対象者のうち、麻疹風しん混合ワクチン定期予防接種の第2期（5歳以上7歳未満の者であって、小学校就学前の1年間にある者）の対象者を除く。
- (3) 昭和47年10月1日以前に生まれ、麻疹の抗体価が陰性（EIA法2.0未満、PA法1:16未満、中和法1:4未満）の者。ただし、造血細胞移植後に麻疹ワクチン（混合ワクチンを含む）を接種していない者は、麻疹の抗体価が陰性とみなす。

(接種回数)

第5条 予防接種の回数は1人1回とする。

(協力医療機関)

第6条 対象者は、原則として一般社団法人千葉県医師会の会員又は市長と委託契約を締結した医療機関等（以下「協力医療機関」という。）にて予防接種をうけるものとする。

2 協力医療機関は、ワクチンの添付文書の記載事項を遵守し、医療機関に通常求められる注意義務のもと適切に予防接種を実施するものとする。

(予診票)

第7条 第4条第1号の対象者は、千葉県麻しん風しん混合ワクチン任意予防接種予診票(様式第1号)を、同条第2号、3号の対象者は、千葉県麻しん風しん混合ワクチン任意予防接種予診票(麻しん対策事業)(様式第1-2号)を使用するものとする。

(医療機関からの報告)

第8条 協力医療機関は、前条の予診票を月ごとに取りまとめ、千葉県麻しん風しん混合ワクチン任意予防接種費用助成実施報告書兼請求書(様式第2号)とともに、翌月10日までに市長へ提出するものとする。

(接種費用)

第9条 予防接種にかかる費用は、全額市の負担とし、予防接種を受けた者(以下「被接種者」という。)からは、費用を徴収しない。

(償還払いの特例)

第10条 第4条第1号の対象者であって、平成30年10月15日から平成30年11月23日までの間に麻しん風しん混合ワクチンの予防接種を受けた者は、市長へ償還払いの請求を行うことができる。

2 償還払いを希望する者は、千葉県麻しん風しん混合ワクチン任意予防接種費用助成償還払い請求書兼委任状(様式第3号)に、領収書の原本、風しん抗体検査の結果の写し、及び接種証明書等麻しん風しん混合ワクチンを接種したことがわかる書類を添えて、市長へ申請するものとする。

3 市長は、前項の申請を受け付けたときは、速やかに請求書を審査し、相当と認めるときは、6,600円を上限として、接種に要した費用から接種負担金を控除した額を申請者へ支払うものとする。

(副反応の報告)

第11条 協力医療機関は、所定の副反応症状を診断した場合、速やかに予防接種後副反応疑い報告書(様式第4号)を独立行政法人医薬品医療機器総合機構へFAXにて報告するものとする。

(事故防止等)

第12条 協力医療機関は、事故防止に努めるものとし、当該予防接種にかかる事故等が発生した場合は、速やかに市長に報告するものとする。

2 市長は、前項の規定により報告を受けたときは、速やかに医療専門家等により構成する委員会を開催し、その意見に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

(健康被害に対する措置)

第13条 被接種者が疾病にかかり、障害の状態になり、又は死亡した場合において、当該健康被害が予防接種を受けたことによるものであると認められた場合は、千葉県市町村予防接種事故補償等条例(昭和52年千葉県市町村総合事務組合条例第19条)により救済手続きを行う。

2 前項の規定は、予防接種により健康被害を受けた者が独立行政法人医薬品医療機器総合機構法(平成14年法律第192号)に基づく救済手続きを行うことを妨げるものではない。

(その他)

第 14 条 この要綱に定めのない事項については、医療機関に通常求められる注意義務のもと、適切に実施するものとする。

附 則

この要綱は、平成 30 年 11 月 24 日から施行する。

この要綱は、平成 31 年 4 月 1 日から施行する。

この要綱は、令和 元年 12 月 1 日から施行する。

この要綱は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する。

この要綱は、令和 4 年 4 月 1 日から施行する。

この要綱は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する。

(別表)

測定キット名（製造販売元）	検査方法	抗体価の単位	抗体価
風疹ウイルスHI 試薬「生研」 （デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （HI法）	（希釈倍率）	16倍以下
R-HI「生研」（デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （HI法）	（希釈倍率）	16倍以下
ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG （デンカ生研株式会社）	酵素免疫法 （EIA法）	EIA 価	8.0未満
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）	蛍光酵素免疫法 （ELFA法）	国際単位 （IU/mL）	4.5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）	酵素免疫法 （EIA法）	国際単位 （IU/mL）	3.0未満
ランピア ラテックス RUBELLA （極東製薬工業株式会社）	ラテックス免疫比濁法 （LTI法）	国際単位 （IU/mL）	3.0未満
アクセス ルベラIgG （ベックマン・コールター株式会社）	化学発光酵素免疫法 （CLEIA法）	国際単位 （IU/mL）	4.5未満
i-アッセイ CL 風疹IgG （株式会社保健科学西日本）	化学発光酵素免疫法 （CLEIA法）	（抗体価）	1.4未満
BioPlex MMRV IgG （バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会 社）	蛍光免疫測定法 （FIA法）	抗体価 （AI*） * 製造企業が独自に調整 した抗体価単位	3.0未満
BioPlex ToRC IgG （バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会 社）	蛍光免疫測定法 （FIA法）	国際単位 （IU/mL）	3.0未満

住所	千葉市 区	電話	— —
フリガナ 氏名		性別 男・女	※医療機関記載欄 実施日 西暦 年 月 日
生年月日	年 月 日 (歳)	※医療機関記入欄 風しん抗体検査結果の確認書類等	
あなたは、次のどれに該当しますか。	<input type="checkbox"/> 昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性*1 *2 <input type="checkbox"/> 妊娠希望の女性 <input type="checkbox"/> 妊娠希望女性の同居家族*3 又は抗体価が低い妊婦の同居家族*3 <input type="checkbox"/> いずれにも該当しない	確認書類 <input type="checkbox"/> 抗体検査結果通知 (実施日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	抗体検査法 <input type="checkbox"/> HI法 <input type="checkbox"/> EIA法 <input type="checkbox"/> その他
あなたが受けた風しん抗体検査は、次のどれに該当しますか	<input type="checkbox"/> 千葉市が実施する風しん抗体検査 <input type="checkbox"/> 自費で抗体検査 <input type="checkbox"/> 千葉県・船橋市・柏市が実施する風しん抗体検査 <input type="checkbox"/> 妊婦健診時の風しん抗体検査 <input type="checkbox"/> その他 ()	診察前の体温	度 分

*1 【注意】昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性で、抗体価がHI法8倍以下又はEIA法6.0未満は、定期予防接種となります。
 *2 定期予防接種の対象となる方は、この用紙は使用せず、クーポン券を利用して接種してください。
 *3 同じ家に住んでいる方

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について、この予診票の裏面に記載の効果や副反応について理解しましたか。	いいえ はい	
千葉市が行っている麻しん風しん混合ワクチン任意予防接種費用助成を受けたことがありますか。	はい いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。(具体的な症状:)	はい いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。(病名:)	はい いいえ	
1か月以内に、家族や親しい友人に、はしか、風しん、みずぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。病名(月 日:)	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。(日付:種類) (月 日:) (月 日:)	はい いいえ	
今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の診察(投薬など)を受けていますか。病名()	はい いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。(歳 か月頃)	はい いいえ	
そのとき熱がでましたか。	はい いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	ある ない	
予防接種名()		
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	はい いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	はい いいえ	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。ある場合()	はい いいえ	
女性の方に伺います。現在、妊娠をしていますか(または妊娠している可能性がありますか)。 ※接種後2か月間は妊娠を避ける必要があります。	はい いいえ	

※この用紙は、黒ボールペンで丁寧に書いてください。

メーカー名		実施医療機関名
Lot.No.		
有効期限	西暦 年 月 日	
接種量及び接種方法		接種医師名
0.5ml 皮下接種		

医師の記入欄
 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をしました。
 医師署名又は記名押印

被接種者の記入欄 (※被接種者が未成年で、保護者に代わって代理者が記入する場合は、別途「委任状」が必要です)
 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、重篤な副反応の可能性、千葉県市町村予防接種事故補償制度などについて理解したうえで、接種することに(同意します ・ 同意しません)。 ※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。「同意しません」は接種できません。
 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解のうえ、本予診票が千葉県市に提出されることに同意します。
 本人(本人が未成年の場合保護者) 自署 代筆者署名 (続柄)

本人が署名できない場合は、本人の意思を確認したうえで代筆者が署名し、続柄を記入してください。

保護者の記入欄兼同意書(接種を受ける人が13歳以上18歳未満で保護者が同伴しない場合)
 麻しん風しん混合ワクチン予防接種を受けるにあたっての説明を読み、予防接種の効果・目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解したうえで、接種することに(同意します ・ 同意しません)。 ※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。「同意しません」は接種できません。
 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
 このことを理解の上、本予診票が千葉県市に提出されることに同意します。
 保護者自署 住 所 緊急の連絡先

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3〜6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が出ないことがあります。

麻しん風しん予防接種 (医療機関控用)

1 被接種者氏名() 生年月日 年 月 日
 2 住所 千葉市 区
 3 接種年月日 年 月 日 メーカー名 LotNo. _____

麻しん風しん予防接種 (本人控) ※接種後は紛失しないよう保管してください。

1 被接種者氏名() 生年月日 年 月 日
 2 住所 千葉市 区 医療機関名
 3 接種年月日 年 月 日 メーカー名 LotNo. _____ 接種医師名

【麻しん風しん混合ワクチン予防接種を受けられる方へ】

【接種を受ける時の注意】

- ①接種を受ける方の風しん抗体価が低いことが確認できる書類等を必ず持参してください。
持参がない場合は、千葉市の助成事業を利用することはできません。
- ②接種を受ける方がお子さんの場合は、できるだけ母子手帳もお持ちください。
- ③接種を受ける方が13歳未満又は13歳以上18歳未満で保護者の同意がない場合は、保護者の同伴が必要です。

【ワクチンの効果】

麻しん風しんワクチンを接種することによって、95%以上の人に免疫を獲得することができるといわれています。

【ワクチンの副反応】

ワクチン添加物により接種直後(30分以内)にじんましん、呼吸困難等のアナフィラキシー症状を呈することがあります。

また、このワクチンは生ワクチン(弱毒化したウイルスを利用してつくられたワクチン)のため、接種後、発熱、発しんなど麻しん、風しんに似た症状が出ることがあります。まれに、血小板減少性紫斑病、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)、脳炎等が生じる可能性があります。接種後4週間程度は注意が必要です。

【予防接種を受けることができない方】

- ①明らかに発熱(37.5℃以上)している方。
- ②重篤な急性疾患にかかっている方。
- ③その日に受ける予防接種の接種液に含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある方。
- ④妊娠中の方、妊娠している可能性がある人。
- ⑤その他、医師が不適当な状態と判断した場合。

【予防接種を受ける際に注意を必要とする方】

- ①心臓や腎臓、肝臓、血液の病気や発育の障害などで治療を受けている方。
- ②予防接種で2日後以内に発熱、全身性発疹等のアレルギーと思われる症状が見られた方。
- ③過去にけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある方。
- ④過去に免疫不全の診断がなされている方及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる方。
- ⑤麻しん風しんワクチンの成分に対してアレルギーを起こす恐れがある方。

【予防接種を受けた後の一般的な注意点】

- ①予防接種を受けた後30分間は医療機関で待機するか、医師とすぐに連絡がとれるようにしておきましょう。
- ②接種当日は激しい運動を避けましょう。
- ③接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は差しかえありませんが、接種部位をこすらないようにしましょう。
- ④接種後4週間は健康状態に気を付けましょう。
- ⑤接種後、異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかに医師の診察をうけましょう。
- ⑥**女性の方は、接種後2か月間は妊娠を避ける必要があります。**
- ⑦健康被害が発生した場合には「医薬品副作用被害救済制度」が適応となる場合があります。詳しくは独立行政法人医薬品機器総合機構のホームページ等をご覧ください。
*本予防接種により健康被害が生じた場合は、千葉県市町村予防接種事故補償制度による補償が受けられる場合があります。

住所	千葉県 区	電話	— —
フリガナ		性別	※医療機関記載欄 実施日
氏名		男・女	西暦 年 月 日
生年月日	年 月 日 (歳)	※医療機関記入欄	確認書類
あなたは、次のどちらに該当しますか。(どちらか一つにチェック。)	<input type="checkbox"/> 昭和47年10月2日以降生まれで、過去に麻しんワクチン(混合ワクチンを含む)を1回も接種したことがない。(2歳未満の者、及び5歳以上7歳未満の者であって小学校就学前の1年間にある者を除く)	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳(麻しんワクチン(混合ワクチンを含む)の接種歴なし) <input type="checkbox"/> 自己申告	
	<input type="checkbox"/> 昭和47年10月1日以前生まれで、麻しんの抗体価陰性	<input type="checkbox"/> 抗体検査結果通知(実施日 年 月 日)	
		診察前の体温	度 分

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について、この予診票の裏面に記載の注意や効果等について理解しましたか。	いいえ はい	
千葉市が行っている麻しん風しん混合ワクチン任意予防接種費用助成を受けたことがありますか。	はい いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。(具体的な症状:)	はい いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。(病名:)	はい いいえ	
1か月以内に、家族や親しい友人に、はしか、風しん、みずぼうそう、おたふくかぜなどの病気がいましたか。病名(月 日:)	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。(日付:種類) (月 日:) (月 日:)	はい いいえ	
今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の診察(投薬など)を受けていますか。病名()	はい いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。(歳 か月頃)	はい いいえ	
そのとき熱がでましたか。	はい いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	ある ない	
予防接種名()		
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	はい いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	はい いいえ	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。ある場合()	はい いいえ	
女性の方に伺います。現在、妊娠をしていますか(または妊娠している可能性がありますか)	はい いいえ	
※接種後2か月間は妊娠を避ける必要があります。		

※この用紙は、黒ボールペンで丁寧に書いてください。

メーカー名		実施医療機関名
Lot.No.		
有効期限	西暦 年 月 日	
接種量及び接種方法		接種医師名
0.5ml	皮下接種	

医師の記入欄
本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をしました。
医師署名又は記名押印

被接種者の記入欄 (※被接種者が未成年で、保護者に代わって代理者が記入する場合は、別途「委任状」が必要です)
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、重篤な副反応の可能性、千葉県市町村予防接種事故補償制度などについて理解したうえで、接種することに (**同意します** ・ **同意しません**)。 ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。「同意しません」は接種できません。
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解のうえ、本予診票が千葉県に提出されることに同意します。
本人(本人が未成年の場合保護者)自署
代筆者署名 (続柄)
本人が署名できない場合は、本人の意思を確認したうえで代筆者が署名し、続柄を記入してください。

保護者の記入欄兼同意書(接種を受ける人が13歳以上18歳未満で保護者が同伴しない場合)
麻しん風しん混合ワクチン予防接種を受けるにあたっての説明を読み、予防接種の効果・目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解したうえで、接種することに (**同意します** ・ **同意しません**)。 ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。「同意しません」は接種できません。
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、本予診票が千葉県に提出されることに同意します。
保護者自署
住 所
緊急の連絡先

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が出ないことがあります。

麻しん風しん予防接種 (医療機関控用)

1 被接種者氏名() 生年月日 年 月 日

2 住所 千葉県 区

3 接種年月日 年 月 日 メーカー名 LotNo.

麻しん風しん予防接種 (本人控) ※接種後は紛失しないよう保管してください。

1 被接種者氏名() 生年月日 年 月 日

2 住所 千葉県 区 医療機関名

3 接種年月日 年 月 日 メーカー名 LotNo. 接種医師名

【麻しん風しん混合ワクチン予防接種を受けられる方へ】

【接種を受ける時の注意】

- ①接種を受ける方の風しん抗体価が低いことが確認できる書類等を必ず持参してください。
持参がない場合は、千葉市の助成事業を利用することはできません。
- ②接種を受ける方がお子さんの場合は、できるだけ母子手帳もお持ちください。
- ③接種を受ける方が13歳未満又は13歳以上18歳未満で保護者の同意がない場合は、保護者の同伴が必要です。

【ワクチンの効果】

麻しん風しんワクチンを接種することによって、95%以上の人に免疫を獲得することができるといわれています。

【ワクチンの副反応】

ワクチン添加物により接種直後(30分以内)にじんましん、呼吸困難等のアナフィラキシー症状を呈することがあります。

また、このワクチンは生ワクチン(弱毒化したウイルスを利用してつくられたワクチン)のため、接種後、発熱、発しんなど麻しん、風しんに似た症状が出る場合があります。まれに、血小板減少性紫斑病、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)、脳炎等が生じる可能性があります。接種後4週間程度は注意が必要です。

【予防接種を受けることができない方】

- ①明らかに発熱(37.5℃以上)している方。
- ②重篤な急性疾患にかかっている方。
- ③その日に受ける予防接種の接種液に含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある方。
- ④妊娠中の方、妊娠している可能性がある人。
- ⑤その他、医師が不適当な状態と判断した場合。

【予防接種を受ける際に注意を必要とする方】

- ①心臓や腎臓、肝臓、血液の病気や発育の障害などで治療を受けている方。
- ②予防接種で2日後以内に発熱、全身性発疹等のアレルギーと思われる症状が見られた方。
- ③過去にけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある方。
- ④過去に免疫不全の診断がなされている方及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる方。
- ⑤麻しん風しんワクチンの成分に対してアレルギーを起こす恐れがある方。

【予防接種を受けた後の一般的な注意点】

- ①予防接種を受けた後30分間は医療機関で待機するか、医師とすぐに連絡がとれるようにしておきましょう。
- ②接種当日は激しい運動を避けましょう。
- ③接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は差しかえありませんが、接種部位をこすらないようにしましょう。
- ④接種後4週間は健康状態に気を付けましょう。
- ⑤接種後、異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかに医師の診察をうけましょう。
- ⑥**女性の方は、接種後2か月間は妊娠を避けることが必要です。**
- ⑦健康被害が発生した場合には「医薬品副作用被害救済制度」が適応となる場合があります。詳しくは独立行政法人医薬品機器総合機構のホームページ等をご覧ください。

*本予防接種により健康被害が生じた場合は、千葉県市町村予防接種事故補償制度による補償が受けられる場合があります。

【任意】 千葉県麻しん風しん混合ワクチン
任意予防接種費用助成実施報告書兼請求書
(年度用)

(年 月実施分)

積算 区分	人数 (人)	単価 (円)	請求額 (円)
接種者数 (風しん対策)	A	9,782 円	B
接種者数 (麻しん対策)	A	9,782 円	B

※単価は、消費税を含む。

年 月分 千葉県麻しん風しん混合ワクチン任意予防接種費用助成

A _____ 件

B _____ 円

上記のとおり報告（請求）します。

千葉県長 様
年 月 日

住 所
医療機関名
医 師 名

千葉県麻しん風しん混合ワクチン任意予防接種費用助成

償還払い請求書兼委任状

(あて先) 千葉市長

申請者 (予防接種を受けた方)

氏名: _____

(注) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

生年月日: _____ 年 月 日

住所: _____

連絡先電話番号 _____ - _____

麻しん風しん混合ワクチン予防接種を受けましたので、費用について以下のとおり請求します。

請求金額 _____ 円 ※1

予防接種を受けた日	年 月 日		
予 防 接 種 を 受 け た 医 療 機 関			
接 種 内 容 (助 成 額)	麻しん風しん混合ワクチン	6,600円	
支 払 っ た 金 額	円		
受 領 の 委 任 (※2) (どちらかに○)	委任しません(私(申請者)の口座への入金を希望します) (申請者本人の口座へ振り込む場合は、こちらに○)		
	下記口座名義人へ、請求金の受領を委任します。		
振 込 希 望 口 座	銀行	支店	普通 ・ 当座
	口座番号:		
	ふりがな:		
	口座名義:		

※1 請求金額は、支払った額から自己負担額(3,000円)を引いた額と助成額(6,600円)のどちらか低い方の金額になります。

※2 請求金の入金希望口座の名義が申請者と同一の場合は上の「委任しません」に○を、異なる場合は下の「委任します」に○を記入してください。

【添付書類】

①領収書の原本

②接種内容(ワクチンの種類等)、接種を受けた方の氏名、接種日、医療機関名が確認できる書類(予診票、接種証明書等)

③風しんの抗体価が低いことが確認できる書類の写し(風しん抗体検査の結果票等)

様式第4号

予防接種後副反応疑い報告書

予防接種法上の定期接種・任意接種の別		<input type="checkbox"/> 定期接種		<input type="checkbox"/> 任意接種	
患者 (被接種者)	氏名又は イニシャル <small>(定期的場合は氏名、任意の場合はイニシャルを記載)</small>	性別	1 男 2 女	接種時 年齢	歳 月
	住所	都 道 府 県	区 市 町 村	生年月日	T S H 年 月 日生
報告者	氏名	1 接種者 2 主治医 3 その他()			
	医療機関名				電話番号
	住所				
接種場所	医療機関名				
	住所				
ワクチン	ワクチンの種類 (②～④は、同時接種したものを記載)		ロット番号	製造販売業者名	接種回数
	①				①第 期 (回目)
	②				②第 期 (回目)
	③				③第 期 (回目)
④				④第 期 (回目)	
接種の状況	接種日	平成 年 月 日	午前・午後	時 分	出生体重
	接種前の体温	度 分	家族歴	グラム <small>(患者が乳幼児の場合に記載)</small>	
	予診票での留意点(基礎疾患、アレルギー、最近1カ月以内のワクチン接種や病気、服薬中の薬、過去の副作用歴、発育状況等)				
1 有 →		2 無			
症状 の概要	症状	定期接種の場合で次頁の報告基準に該当する場合は、ワクチンごとに該当する症状に○をしてください。 報告基準にない症状の場合又は任意接種の場合(症状名:)			
	発生日時	平成 年 月 日	午前・午後	時 分	
	本剤との 因果関係	1 関連あり 2 関連なし 3 評価不能	他要因(他の 疾患等)の可 能性の有無	1 有 →	2 無
	概要(症状・徴候・臨床経過・診断・検査等)				
	○製造販売業者への情報提供 : 1 有 2 無				
症状 の程度	1 重い →	1 死亡 2 障害 3 死亡につながるおそれ 4 障害につながるおそれ 5 入院 [病院名: 医師名: 平成 年 月 日入院 / 平成 年 月 日退院] 6 上記1～5に準じて重い 7 後世代における先天性の疾病又は異常			
	2 重くない				
症状 の転帰	転帰日	平成 年 月 日			
	1 回復 2 軽快 3 未回復 4 後遺症(症状:) 5 死亡 6 不明				
報告者意見					
報告回数	1 第1報 2 第2報 3 第3報以後				

	対象疾病	症状	発生までの時間	左記の「その他の反応」を選択した場合の症状
報告基準（該当する者の番号に「○」を記入）	ジフテリア 百日せき 急性灰白髄炎 破傷風	1 アナフィラキシー 2 脳炎・脳症 3 けいれん 4 血小板減少性紫斑病 5 その他の反応	4時間 28日 7日 28日 —	左記の「その他の反応」を選択した場合 a 無呼吸 b 気管支けいれん c 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) d 多発性硬化症 e 脳炎・脳症 f 脊髄炎 g けいれん h ギラン・バレ症候群 i 視神経炎 j 顔面神経麻痺 k 末梢神経障害 l 知覚異常 m 血小板減少性紫斑病 n 血管炎 o 肝機能障害 p ネフローゼ症候群 q 喘息発作 r 間質性肺炎 s 皮膚粘膜眼症候群 t ぶどう膜炎 u 関節炎 v 蜂巣炎 w 血管迷走神経反射 x a~w以外の場合は前頁の「症状名」に記載
	麻しん 風しん	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 脳炎・脳症 4 けいれん 5 血小板減少性紫斑病 6 その他の反応	4時間 28日 28日 21日 28日 —	
	日本脳炎	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 脳炎・脳症 4 けいれん 5 血小板減少性紫斑病 6 その他の反応	4時間 28日 28日 7日 28日 —	
	結核 (BCG)	1 アナフィラキシー 2 全身播種性BCG感染症 3 BCG骨炎 (骨髄炎、骨膜炎) 4 皮膚結核様病変 5 化膿性リンパ節炎 6 その他の反応	4時間 1年 2年 3か月 4か月 —	
	Hib感染症 小児の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー 2 けいれん 3 血小板減少性紫斑病 4 その他の反応	4時間 7日 28日 —	
	ヒトパピローマウイルス感染症	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 ギラン・バレ症候群 4 血小板減少性紫斑病 5 血管迷走神経反射 (失神を伴うもの) 6 疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状 7 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 30分 — —	
	水痘	1 アナフィラキシー 2 血小板減少性紫斑病 3 その他の反応	4時間 28日 —	
	B型肝炎	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 多発性硬化症 4 脊髄炎 5 ギラン・バレ症候群 6 視神経炎 7 末梢神経障害 8 その他の反応	4時間 28日 28日 7日 28日 28日 28日 —	
	インフルエンザ	1 アナフィラキシー 2 急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) 3 脳炎・脳症 4 けいれん 5 脊髄炎 6 ギラン・バレ症候群 7 視神経炎 8 血小板減少性紫斑病 9 血管炎 10 肝機能障害 11 ネフローゼ症候群 12 喘息発作 13 間質性肺炎 14 皮膚粘膜眼症候群 15 その他の反応	4時間 28日 28日 7日 28日 28日 28日 28日 28日 28日 28日 24時間 28日 28日 —	
	高齢者の肺炎球菌感染症	1 アナフィラキシー 2 ギラン・バレ症候群 3 血小板減少性紫斑病 4 注射部位壊死又は注射部位潰瘍 5 蜂巣炎 (これに類する症状であつて、上腕から前腕に及ぶものを含む。) 6 その他の反応	4時間 28日 28日 28日 7日 —	