

光市風しん予防接種費助成要綱

令和元年5月24日

光市告示第5号

(趣旨)

第1条 この告示は、胎児の先天性風しん症候群の発生を予防し、かつ、妊婦と胎児の健康を守り、安心して子どもを産み育てる環境を整備するため、風しんの予防接種（以下「予防接種」という。）を希望する者（以下「助成対象者」という。）が、医療機関において予防接種を受けた場合に、その費用を助成することについて必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

第2条 助成対象者は、次のいずれにも該当する者であって、予防接種を受けたものとする。

(1) 光市に住所を有する者

(2) 次のいずれかに該当する者

ア 妊娠を希望する女性（妊娠していることが判明している者を除く。）

イ 妊娠を希望する、又は妊娠している女性の配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の状態にある者（以下「パートナー」という。）を含む。）

ウ 妊娠中の女性と同居している者

(3) 別表に規定するいずれかの抗体検査（以下「抗体検査」という。）の結果、抗体価が低いとされた者

(助成金の額等)

第3条 助成金の額は、風しんワクチンについては3,000円、麻

しん風しん混合ワクチンについては5,000円をそれぞれ限度とする。ただし、予防接種の費用が助成金の限度額に満たないときは、当該予防接種の費用とする。

2 助成金の助成は、助成対象者ごとに1回を限度とする。

(助成金の申請)

第4条 助成を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、風しん予防接種費助成交付申請書(様式第1号。以下「申請書」という。)に、次に掲げる書類又は風しん予防接種確認書(様式第2号)を添えて市長に提出しなければならない。

(1) 予防接種を受けた医療機関等が発行した領収書

(2) 医療機関等が発行した、抗体検査の結果が確認できるもの

2 申請者は、申請書を提出したときは、住民基本台帳等の閲覧に同意したものとする。

(交付決定等)

第5条 市長は、申請書を受理した場合は、速やかにその内容を審査し、助成金の交付を行うと決定したときは、風しん予防接種費助成金交付決定通知書(様式第3号)により、助成金の交付を行わないと決定したときは、風しん予防接種費助成金不交付決定通知書(様式第4号)により当該申請者に通知するものとする。

(助成金の返還)

第6条 市長は、助成を受けた者が偽りその他不正な手段により風しん予防接種費用の助成を受けたときは、助成金の全部又は一部の返還を命ずることができる。

(その他)

第7条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

この告示は、公布の日から施行し、平成31年4月1日以降に行っ

た予防接種について適用する。

風しん予防接種費助成交付申請書

年 月 日

光市長 様

申請者
住 所
氏 名 ⑩
(被接種者との続柄)

光市風しん予防接種費助成要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

なお、私は、この申請に基づく助成金の交付決定にあたり、確認が必要なときは、光市が接種した医療機関に問い合わせること、及び住民基本台帳等の閲覧をすることに同意します。

被 接 種 者	ふりがな 氏名		男・女
	住所	〒	
	生年月日	年 月 日	
	電話番号		
	区 分	1 妊娠を希望する女性（妊娠していることが判明している者を除く。） 2 妊娠を希望する、又は妊娠している女性の配偶者（パートナーを含む。） 3 妊娠中の女性の同居者	
接 種 日	年 月 日		
接種したワクチン	風しんワクチン ・ 麻しん風しん混合ワクチン		
接種に要した費用	円		

本申請書と併せて、次の「1」と「2」又は医療機関が発行する「風しん予防接種確認書」（様式第2号）を提出してください。

- 1 医療機関等が発行した、風しん抗体検査の結果が確認できるもの（コピー可）
- 2 風しんの予防接種を受けた医療機関が発行した領収書（原本）

口座名義	支払金融機関		貯金種目
ふりがな	銀行	支店	当座・普通
	金庫	支所	口座番号
	協同組合	出張所	

※ここからは記入しないでください。

受付年月日	年 月 日	交付金額	円
-------	-------	------	---

様式第2号（第4条関係）

風しん予防接種確認書

被 接 種 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日

風しん抗体検査について

風しん抗体検査値 (測定値)	H I 検査 ()
	E I A 検査 ()
	その他検査 ()
風しん抗体検査判定結果 (A、Bいずれかに○印)	A 風しんの抗体価がないか、感染予防に十分な抗体を持っていないと考えられます。
	B 風しんの感染予防に十分な抗体を持っていると考えられます。
風しん抗体検査	判定日 年 月 日
	結果通知日 年 月 日
風しん抗体検査実施 医療機関名等	

風しん予防接種について

接種したワクチン (該当を○で囲む)	風しんワクチン ・ 麻しん風しん混合ワクチン
風しん予防接種日	年 月 日
風しん予防接種に要した費用	円

光市長 様

上記の者の風しん予防接種を実施しました。

医療機関名

医師名

Ⓜ

様式第3号（第5条関係）

指 令 第 号

住所
氏名

風しん予防接種費助成金交付決定通知書

年 月 日付で交付申請のあった風しん予防接種費用の助成について、次のとおり交付することを決定したので、光市風しん予防接種費助成要綱第5条の規定により通知します。

年 月 日

光市長



交付決定金額 金 _____ 円

様式第4号（第5条関係）

指 令 第 号

住所
氏名

風しん予防接種費助成金不交付決定通知書

年 月 日付けで交付申請のあった風しん予防接種費用の助成について、次のとおり不交付を決定したので、光市風しん予防接種費助成要綱第5条の規定により通知します。

年 月 日

光市長



(不交付の理由)

--

別表（第2条関係）

妊娠を希望する女性等を対象とする風しんの感染予防に十分な抗体を持っていないとされる抗体価の基準

測定キット名（製造販売元）	検査方法	抗体価（単位等）
風疹ウイルスH I 試薬「生研」 （デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （H I 法）	1.6 倍以下（希釈倍率）
R－H I 「生研」 （デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （H I 法）	1.6 倍以下（希釈倍率）
ウイルス抗体E I A 「生研」ルベラ IgG （デンカ生研株式会社）	酵素免疫法 （E I A 法）	8.0 未満（E I A 価）
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 （E I A 法）	3.0 未満 （国際単位（I U）/ ml）
バイダスアッセイキットRUB IgG （シスメックス・ビオメリユール株式会社）	蛍光酵素免疫法 （E L F A 法）	4.5 未満 （国際単位（I U）/ ml）
ランピアラテックスRUBELLA （極東製薬工業株式会社）	ラテックス免役比濁法 （L T I 法）	3.0 未満 （国際単位（I U）/ ml）
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 （C L E I A 法）	4.5 未満 （国際単位（I U）/ ml）
i－アッセイC L 風疹 IgG （株式会社保健科学西日本）	化学発光酵素免疫法 （C L E I A 法）	1.4 未満（抗体価）
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 （F I A 法）	3.0 未満 （抗体価A I）
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 （F I A 法）	3.0 未満 （国際単位（I U）/ml）