

船橋市風しん抗体検査費用助成要綱

(目的)

第1条 風しんの免疫を持たない女性が、妊娠中（特に妊娠初期）風しんに感染し、胎児が白内障、先天性心疾患、難聴等を主な症状とする「先天性風しん症候群」になることを防止するために、風しん抗体検査（以下「抗体検査」という。）の費用の一部を助成することにより、抗体検査を受けやすい環境の市民への提供及び抗体検査の促進を図り、もって先天性風しん症候群の発生を予防することを目的とする。

(助成対象事項)

第2条 助成対象となる抗体検査の方法は、次に掲げるいずれかの方法とする。

- (1) H I 法
- (2) E I A法-I g G

(助成対象者)

第3条 助成の対象者は、抗体検査の受検日において船橋市の住民基本台帳に記録がある者であって、次のいずれかに該当するものとする。ただし、抗体検査及び風しんワクチン若しくはMRワクチンの予防接種（以下「予防接種」という。）を受けたことがある者を除く。

- (1) 妊娠を希望する女性
- (2) 妊娠を希望する女性の配偶者（婚姻の届け出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。以下同じ。）及び同居者
- (3) 抗体検査において、H I 法による数値が3.2倍未満又はE I A法-I g Gによる数値が8.0未満である妊婦の配偶者及び同居者

(助成金の額等)

第4条 助成する額（以下「助成金」という。）は、6,750円を限度とする。ただし、抗体検査に要した費用（以下「検査費用」という。）が限度額を下回る場合は、検査費用の額と同額とする。

2 前項の規定にかかわらず、生活保護世帯の者（中国残留邦人で支援給付を受けている者を含む。）が受検した場合は、検査費用の全額を助成するものとする。

3 助成する回数は、1人につき1回を限度とする。

(助成の方法)

第5条 助成は、現物給付又は償還払いの方法により行う。

2 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）が抗体検査を船橋市医師会協力医療機関（以下「協力医療機関」という。）において受検した場合は、現物給付による助成を行う。

3 前項に規定する助成を行う場合は、申請者から検査費用の徴収は行わないものとする。この場合において、別に定めるところにより、協力医療機関からの請求に基づき、検査費用の額を、協力医療機関へ支払うものとする。

4 申請者が抗体検査を協力医療機関以外の医療機関において受検した場合は、償還払いによる助成を行う。

- 5 前項に規定する助成を受ける場合は、申請者は、船橋市風しん抗体検査費用助成申請書(第1号様式)により、市長に申請しなければならない。
- 6 前項に規定する申請書には、検査医療機関が発行した抗体検査にかかる領収書の原本(領収書を徴することができない場合は、これに代わる書面)及び抗体検査の結果等が確認できる書類を添付しなければならない。
- 7 市長は、第5項の規定による申請が適正であると認めるときは、速やかに助成金を申請者に支払うものとする。

(助成金の返還)

第6条 市長は、偽りその他不正な手段により助成金の支払いを受けた者に対し、当該助成金の一部又は全部の返還を求めることができる。

附 則

この要綱は、平成31年1月1日から施行し、平成30年12月25日以降に受検した抗体検査に対し適用する。

附 則

この要綱は、平成31年1月23日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱は、平成31年4月1日(以下「施行日」という。)以降に受検した抗体検査に対し適用し、施行日前に受検した抗体検査については、なお従前の例による。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱は、令和3年4月1日(以下「施行日」という。)以降に受検した抗体検査に対し適用し、施行日前に受検した抗体検査については、なお従前の例による。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱は、令和5年4月1日(以下「施行日」という。)以降に受検した抗体検査に対し適用し、施行日前に受検した抗体検査については、なお従前の例による。

(第1号様式)

捨 印

船橋市風しん抗体検査費用助成申請書

(宛先) 船橋市長

【申請日】 西暦 20 年 月 日

私は、下記のとおり船橋市風しん抗体検査費用助成について申請します。
なお、申請者氏名と口座名義人が異なる場合は受領を口座名義人に委任します。また、申請内容について市が保有する個人情報について閲覧・調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

※消えるボールペン及び修正テープの使用は不可 ※抗体検査を受けた時に船橋市に住民票がある方のみ

Form with fields for name, birth date, address, phone number, and eligibility criteria. Includes checkboxes for pregnancy status and antibody levels.

(※1) 配偶者には婚姻の届け出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む

(※2) 「抗体価が十分でない」判定基準 HI法・・・32倍未満 EIA法-IgG・・・8.0未満

【申請金額】

Table with 4 columns: 検査内容, A:受検金額(税込), B:船橋市の助成上限額, 助成額は、AとBを比べて少ない方の金額です。 ※生活保護世帯の方はAの全額

【振込先】

Form for bank transfer details including financial institution name, branch, account type, and account holder name.

【必要書類】

Table listing required documents: ① 船橋市風しん抗体検査費用助成申請書(本様式) 必須, ② 医療機関の領収書(原本) ※写しは不可。必ず原本をご提出ください。 必須, ③ 風しん抗体検査の結果が確認できる書類等の写し 必須, ④ (口座名義や領収書の宛名が旧姓の場合) 免許証の裏書等、新姓と旧姓が確認できるものの写し 該当する方のみ