

## 船橋市風しん予防接種費用助成要綱

### (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。）において抗体価が十分でない者に対し、風しん予防接種（以下「予防接種」という。）の費用の一部を助成することにより、予防接種を受けやすい環境の市民への提供及び予防接種の促進を図り、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。

### (用語の定義)

第2条 この要綱において「抗体価が十分でない」とは抗体検査において次の各号のいずれかに掲げる数値に該当する者とする。

- (1) HI法で32倍未満
- (2) EIA法-IgGで8.0未満

### (助成対象者)

第3条 助成の対象者は、予防接種の接種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、船橋市その他の市区町村若しくは都道府県が平成26年4月1日以降に実施した抗体検査又は妊婦健康診査における抗体検査（以下「市抗体検査等」という。）において抗体価が十分でないと判断された者であって、次のいずれかに該当するものとする。ただし、予防接種法（昭和23年法律第68号）第5条第1項の規定による定期予防接種の対象となる者は除く。

- (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) 抗体価が十分でない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、MR（麻しん・風しん混合）ワクチン接種の場合6,700円、風しんワクチン接種の場合4,400円を限度とする。ただし、予防接種に要した費用（以下「接種費用」という。）が限度額を下回る場合は、接種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。）が接種した場合は、接種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 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、船橋市風しん予防接種費用助成申請書（第1号様式）により、市長に申請しなければならない。

2 前項に規定する申請書には、接種医療機関が発行した予防接種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）及び抗体価が十

分でないことを確認できる書類を添付しなければならない。

- 3 市長は、前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日以降に接種した予防接種に対し適用する。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和元年10月1日から施行し、同日以降に接種した予防接種に対し適用し、施行日前に接種した予防接種については、なお従前の例による。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行し、同日以降に接種した予防接種に対し適用し、施行日前に接種した予防接種については、なお従前の例による。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行し、同日以降に接種した予防接種に対し適用し、施行日前に接種した予防接種については、なお従前の例による。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

(第1号様式)

船橋市風しん予防接種費用助成申請書

捨 印

(宛先) 船橋市長

【申請日】 西暦 20 年 月 日

下記のとおり風しん予防接種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を読覧・調査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。

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

|                                               |                                                                                   |  |  |                                                         |       |  |  |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------------------|-------|--|--|
| ふりがな                                          |                                                                                   |  |  | 西 暦                                                     |       |  |  |
| 申請者氏名<br>(接種を受けた方)                            |  |  |  | 生年月日                                                    | 年 月 日 |  |  |
| 住所                                            | 〒<br>船橋市                                                                          |  |  | 電話番号                                                    | ( )   |  |  |
| 助成対象<br>の区分<br>(1～3のうち該当<br>する□に✓)            | 風しん抗体検査で抗体価が十分でないと判断された(HI法:32倍未満 または EIA法-IgG:8.0未満)                             |  |  | 昭和37年4月2日～昭和54年4月1日<br>生まれの男性で、抗体価がHI法で8<br>倍以下相当の方は対象外 |       |  |  |
| 受検した風し<br>ん抗体検査の<br>種類<br>(4～8のうち該当す<br>る□に✓) | 1. <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 (妊娠中の方は接種を受けられません)                          |  |  |                                                         |       |  |  |
|                                               | 2. <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者(※1)及び同居者                                |  |  |                                                         |       |  |  |
|                                               | 3. <input type="checkbox"/> 抗体価が十分でない妊婦の配偶者(※1)及び同居者                              |  |  |                                                         |       |  |  |
|                                               | 4. <input type="checkbox"/> 船橋市が実施する風しん抗体検査                                       |  |  |                                                         |       |  |  |
|                                               | 5. <input type="checkbox"/> 千葉県・千葉市・柏市が実施する公的な風しん抗体検査                             |  |  |                                                         |       |  |  |
|                                               | 6. <input type="checkbox"/> 上記4、5以外の都道府県または市区町村が実施する公的な風しん抗体検査                    |  |  |                                                         |       |  |  |
|                                               | 7. <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査時の風しん抗体検査                                       |  |  |                                                         |       |  |  |
|                                               | 8. <input type="checkbox"/> 医療機関等で実費で受けた風しん抗体検査(※2) → (※2)この場合は抗体検査<br>の助成申請も必要です |  |  |                                                         |       |  |  |

(※1)婚姻の届け出をしていないが、事実上婚姻関係にある方を含みます。

|                            |                  |                  |        |                 |          |                                                       |  |
|----------------------------|------------------|------------------|--------|-----------------|----------|-------------------------------------------------------|--|
| 接種医療機関名                    |                  |                  |        | 接種年月日           | 西暦 年 月 日 |                                                       |  |
| 接種を受けたワクチンの種類<br>(該当する□に✓) |                  | A:領収書の金額<br>(税込) |        | B:船橋市の助成<br>上限額 |          | 助成額はAとBを比べて<br>少ない方の金額です。<br><br>※生活保護世帯の方は<br>接種金額全額 |  |
| <input type="checkbox"/>   | MR(麻しん風しん混合)ワクチン | 円                | 6,700円 |                 |          |                                                       |  |
| <input type="checkbox"/>   | 風しん単独ワクチン        | 円                | 4,400円 |                 |          |                                                       |  |

|             |                |  |  |  |            |           |  |  |  |                |  |  |  |  |
|-------------|----------------|--|--|--|------------|-----------|--|--|--|----------------|--|--|--|--|
| 金融機関名       | 銀行・金庫<br>組合・農協 |  |  |  | 支店名        | 支店<br>出張所 |  |  |  | 預金種別 (該当する□に✓) |  |  |  |  |
| 金融機関<br>コード |                |  |  |  | 支 店<br>番 号 |           |  |  |  | 口 座<br>番 号     |  |  |  |  |
| フリガナ        |                |  |  |  |            |           |  |  |  |                |  |  |  |  |
| 口座名義人       |                |  |  |  |            |           |  |  |  |                |  |  |  |  |

|                                                                             |         |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------|
| ① 船橋市風しん予防接種費用助成申請書(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 予防接種を受けた申請者ご本人の風しん抗体検査の結果が確認できる書類等の写し<br>(妊婦健診で受検した方は母子健康手帳の該当ページのコピーでも可) | 必須      |
| ④ (口座名義や領収書の宛名等が旧姓の場合) 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 |