

船橋市風しんの追加的対策事業に係る抗体検査費用助成要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、予防接種法施行規則（昭和23年厚生省令第36号）附則第16条の規定により読み替えて適用される同規則第2条第5号の2に該当する者を判定するための風しんに係る抗体検査（以下「抗体検査」という。）の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

(助成対象事項)

第2条 助成対象となる抗体検査の方法は、別に国が定める風しんに係る定期接種の対象となる風しん抗体価（以下「基準値表」という。）に掲げるいずれかの方法とする。

(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、昭和37年4月2日から昭和54年4月1日までに生まれた男性とする。ただし、平成26年4月1日以降に風しん抗体検査を受けた結果、十分な量の風しんの抗体があることが確認できる記録があり、その記録を提示することができる者を除く（十分な量の風しんの抗体は基準値表に掲げる抗体価を超える抗体価とする）。

(助成金の額等)

第4条 助成する額（以下「助成金」という。）は、別に風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種に係る委託契約書（以下、「集合契約書」という。）に定める風しん抗体検査の委託料に消費税及び地方消費税を乗じて得た額を加えた額を限度とする。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。）が抗体検査を風しんの追加的対策事業に係るクーポン券を使用し、別に集合契約書に定める実施機関一覧の医療機関（以下「実施医療機関」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、別に集合契約書に定めるところにより、実施医療機関からの請求に基づき、検査費用の額を、実施医療機関へ支払うものとする。

4 申請者が抗体検査を第2項に規定する助成の方法以外の方法で受検した場合は、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、船橋市風しんの追加的対策事業

に係る抗体検査費用助成申請書(別記様式)により、受検日から2年以内に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

(施行期日)

1 この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

(別記様式)

船橋市風しんの追加的対策事業に係る抗体検査費用助成申請書



(宛先) 船橋市長

西暦 申請日 年 月 日

私は、下記のとおり船橋市風しんの追加的対策事業に係る抗体検査費用助成について申請します。
なお、申請内容について市が保有する個人情報について閲覧・調査すること及び検査医療機関に問い合わせることに同意します。

ふりがな			
申請者氏名 (受検者)	①	生年月日	西暦 年 月 日
住所	〒 船橋市	電話番号	()
検査年月日	西暦 年 月 日	検査医療機関名	
検査の実施機会※1	1. <input type="checkbox"/> 特定健診、または、事業所健診を受けた際に風しん抗体検査も行った 2. <input type="checkbox"/> 風しん抗体検査のみ単独で行った(平日の日中、または土曜日の午前中※2) 3. <input type="checkbox"/> 風しん抗体検査のみ単独で行った(上記2以外の時間(夜間や休日))		
検査方法	1. <input type="checkbox"/> HI法、LTI法のいずれか 2. <input type="checkbox"/> EIA法、ELFA法、CLEIA法、FIA法のいずれか		

※1 風しんの確定診断を受けた既往歴がある方で罹患記録の確認ができる方、平成26年4月1日以降に風しんの抗体検査を受けたことがある方で検査記録の確認ができる方は助成対象外です。

※2 月～金曜日午前8時から午後6時までの間、または土曜日午前8時から正午までの間(日曜日・国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日、1月2日、3日、12月29日～31日を除く)

【申請金額】

検査	A: 受検金額(税込)	B: 船橋市の助成額	申請額 (AとBを比べて少ない方を記入) ※生活保護世帯の方はAを記入
風しん抗体検査	円	円	円

【振込先】

金融機関名	銀行・金庫 組合・農協	支店名	支店 出張所	預金種別 (該当する口に✓) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
金融機関コード	支店番号	口座番号		
フリガナ				
口座名義人				

申請者と口座名義人が異なる場合は、下記にも記入してください。

私は、受任者(口座名義人)に対して船橋市風しん抗体検査費用助成金の受け取りを依頼します。 委任者(申請者)氏名 _____ ①
--

【必要書類】

① 船橋市風しんの追加的対策事業に係る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