

風しん抗体検査の結果、予防接種が必要と判断された方へ

～風しん予防接種の接種費用助成制度のご案内～

この制度は、風しん抗体検査の結果、予防接種が必要と判断された方に対し、主に先天性風しん症候群の発生予防を目的として、その接種費用の一部を大津町から助成するものです。

申請のための条件や必要な書類等が決められていますので、下記の事項をご確認ください。

★申請できる方

接種当日に大津町に住民登録している方で、次の要件のいずれかを満たす方。

（妊娠中の女性及び妊娠している可能性のある女性を除く。）

- ① 熊本県風しん抗体検査事業において、予防接種が必要と判断された方
- ② 過去の風しん抗体検査において、風しんの抗体価が低く（H I 抗体価が16倍以下相当）、妊娠を希望される方※。

※妊娠を希望する女性とその配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあるものを含む）などの同居者（生活空間を同一にする頻度が高い者）

ただし①、②共に、風しんの定期接種対象の方、並びに風しん抗体検査受検後に風しんの予防接種を受けた方、及び検査で風しんの確定診断を受けた方は対象外となります。

★助成対象の予防接種 令和7年4月1日～令和8年3月31日までに接種した
風しんワクチン又は麻しん風しん（MR）混合ワクチン

★助成額 上限4000円で、対象者が負担した額

★申請期間 令和7年4月1日～令和8年3月31日

★申請に必要なもの

- ・風しん予防接種費用助成申請書兼請求書※（様式1）

※子育て・健診センター窓口設置または町のホームページにてダウンロードできます。

- ・予防接種を実施した医療機関等が発行した領収書

（被接種者氏名、予防接種名、予防接種費用、接種日、医療機関名と印かん等が記載されたもの）

- ・①については熊本県風しん抗体検査の結果通知書の写し
- ・②については過去の風しん抗体検査（妊婦健診など）において、H I 抗体価が16倍以下相当の結果が記載されている書類（コピー可）
- ・通帳

★その他の注意事項

- ・この予防接種は任意接種で、接種を強制するものではありません。あくまで接種を希望する人に対して接種費用の助成を行うものです。接種を受けるかどうかは副反応や健康被害救済制度を確認され、接種医とご相談の上、ご自身で判断してください。
- ・女性が接種を受ける時は、妊娠していないことを必ず確認してください。
- ・女性が接種をした場合は、接種後2か月は妊娠を避けてください。

【問い合わせ先・申請窓口】 大津町役場 健康保険課 健康推進係
（子育て・健診センター1階） 電話 096（294）1075