

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熊本市から助成するためのものです。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、下記の事項を確認し、熊本市保健所感染症対策課へ申請してください。

★申請できる方

熊本市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。
(ただし、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 妊娠を希望している女性で、
風しん抗体価が HI 法で 1.6 倍以下または EIA 法で 8.0 未満の方
- ② 妊娠を希望している女性のパートナーなどの同居者で
風しん抗体価が HI 法で 1.6 倍以下または EIA 法で 8.0 未満の方
- ③ 妊婦のパートナーなどの同居者で
風しん抗体価が HI 法で 1.6 倍以下または EIA 法で 8.0 未満の方

★助成対象の予防接種

平成29年4月1日から平成30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

4000円を上限とし、対象者が負担した額

★申請期限

平成30年3月31日（助成の対象は **平成29年4月1日から平成30年3月31日までに接種した**予防接種です。）

★申請に必要な書類

- ・風しん予防接種費用助成申請書（様式第1号）
 - ・風しん予防接種費用助成請求書（様式第2号）
 - ・予防接種を実施した医療機関等が発行した**領収書原本**（被接種者氏名、予防接種名、当該予防接種の費用、接種日、医療機関名等が記載されたもの）
 - ・医療機関等が交付した風しん抗体検査の結果通知書など風しん抗体検査の結果が記載されている書類
- 消えるボールペンの使用は不可です。

★その他の注意事項

- ・条件を満たしていない方には、その旨文書にて通知します。
- ・**振込先の口座名義人は申請者と同一の方**としてください。

問い合わせ先 〒862-0971

熊本市中央区大江5丁目1-1

熊本市保健所感染症対策課 予防接種班

電話 096-364-3189 FAX 096-371-5172

風しん予防接種費用助成申請書

平成 年 月 日

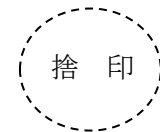
熊本市長（宛）

申請者
住所 〒 -

氏名 _____ 印

電話 _____

風しん予防接種費用助成金の交付を抗体検査の結果及び領収書添付のうえ、下記のとおり申請します。



助成申請額 _____ 円

| | |
|----------------------------------|---|
| 被接種者氏名 (接種を受けた人) | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 |
| 被接種者住所 | 熊本市 区 |
| 該当要件 (当てはまる番号に ☑をつけてください。) | <input type="checkbox"/> 1 妊娠を希望している女性 <input type="checkbox"/> 2 妊娠を希望している女性のパートナーなどの同居者 <input type="checkbox"/> 3 妊婦のパートナーなどの同居者 <input type="checkbox"/> 4 妊娠中及び妊娠している可能性はない |

風しん予防接種費用助成請求書

平成 年 月 日

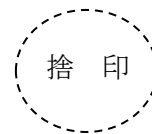
熊本市長（宛）

申請者
住所 〒 _____

氏名 _____ 印

電話 _____

風しん予防接種費用として、下記の金額を交付されるよう請求します。



請求額 _____ 円

風しん予防接種費用助成金を下記の口座に口座振替で支払われるよう依頼します。

| | | | | |
|---------|-----------------|--------------------|------|-----------------|
| 口座振込依頼欄 | 金融機関名 | 銀行 信用金庫 信用組合 | | 本店 支店 出張所 |
| | 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | |
| | (フリガナ) 口座名義人 | | | |

※ 振込先の情報は正確に記載してください。
振込先の口座名義人は申請者と同一の方としてください。