

令和6年度(2024年度)分

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予防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

令和6年(2024年)4月1日から令和7年(2025年)3月31日までに接種した
風しんワクチン又は麻疹風しん(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

*助成回数は1人につき1回です。

★申請期限

令和7年(2025年)3月31日必着

(助成の対象は令和6年(2024年)4月1日から令和7年(2025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)
- } 消えるボールペンの使用は不可です。
- ・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
 - ・振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー(振込希望先の口座番号などが確認できるもの)

★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(被接種者)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予防課 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

年 月 日

熊本市長 (宛)

申請者
住所 〒

氏名

電話

下記のとおり、関係書類を添えて風しん予防接種費用の助成を申請します。

記

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

風しん予防接種費用助成請求書

年 月 日

熊本市長 (宛)

申請者
住所 〒

氏名

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。

記

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。
- ゆうちょ銀行の場合は、店名 一二三 等、漢数字3桁でご記入ください。