

## 令和 8 年度(2026 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
- ※里帰り等の一時的な同居は対象外

#### ★助成対象の予防接種

令和 8 年(2026 年)4月1日から令和 9 年(2027 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 9 年(2027 年)3月31日必着

(助成の対象は令和 8 年(2026 年)4月1日から令和 9 年(2027 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兼請求書(様式第 1 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)  
※予防接種名等の記載がない場合は、診療費明細書も添付してください。(明細書だけでは申請できません)
- ・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・提出先

〒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

様式第1号 (第6条第1項関係)

## 風しん予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

熊本市長 (宛)

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、熊本市において支給決定をした後は、この申請書を風しん予防接種費用助成金の請求書として取扱うことに同意します。また、私は下記風しん予防接種費用助成金の請求に関する一切の権限を熊本市感染症予防課長に委任します。

### 記

申請者 (被接種者)	生年月日	年 月 日
〒 住所		
Tel	携帯電話等連絡のつく番号 ( )	
※ワクチン接種日と現住所が異なる場合のみ記入		
ワクチン接種日	年 月 日	
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	

申請額 (請求額) \_\_\_\_\_ 円

風しん予防接種費用助成金の支払いは、下記の私名義の金融機関預金口座に口座振替にて行われますよう依頼します。

口座振込依頼欄	フリガナ 氏名 (申請者と同一)								
	金融機関名 (銀行コード)	銀行 信用金庫 信用組合	支店名 (支店番号)	本店 支店 出張所					
銀行コード・支店番号も記入	預金種別	普通・当座	口座番号						

※1 申請者と被接種者 (ワクチンを接種した人) と口座名義人は同一名になります

※2 添付書類

- 風しん抗体検査結果がわかるもの (母子手帳に記載あるものは写し)
- 予防接種の領収書原本 (予防接種名が記載してあるもの)
- 振込先の通帳又はカードの写し