

長久手市風しん対策助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、妊娠初期における風しんの感染により発症する先天性風しん症候群を防ぎ、公衆衛生の向上及び増進を図ることを目的として、風しんの抗体検査（以下「抗体検査」という。）及び風しんワクチン又は麻しん風しん混合ワクチンの接種（以下「予防接種」という。）に係る費用を予算の範囲内において助成することについて必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 この要綱による助成の対象者は、抗体検査又は予防接種の当日において、本市の住民基本台帳に記録されている者であって、風しんの罹患歴がなく、次の各号のいずれかに該当するものとする。ただし、妊娠中の女性及び過去に本市から風しん対策に係る費用助成を受けたことがある者は除く。

- (1) 妊娠を予定又は希望している女性
- (2) 妊娠を予定若しくは希望している、又は妊娠中の女性の配偶者又は同居者

2 前項のうち、風しんの定期接種の対象となる者及び愛知県が実施する抗体検査事業で抗体検査を受けた者は、抗体検査の対象としないものとする。

3 第1項に掲げるもののうち、予防接種の対象とする者は、抗体検査の結果、風しん抗体価が低いと医師に判断された者とする。ただし、風しんの定期接種の対象となる者は除く。

(助成の回数)

第3条 助成の回数は、抗体検査及び予防接種のそれぞれにおいて1人1回を限度とする。

(助成方法及び金額)

第4条 助成の方法は、償還払いとする。

2 助成金の額は、抗体検査又は予防接種に要する費用とし、それぞ

れ5,000円を上限とする。

(助成の申請)

第5条 助成対象者で助成金の交付を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、長久手市風しん対策助成事業交付申請・請求書(様式第1号)を、抗体検査又は予防接種を受けた日の属する年度の末日までに市長に提出するものとする。

2 前項の申請には、抗体検査又は予防接種に要した費用及び抗体検査の結果を証明する書類を添付するものとする。

(助成金の交付決定及び支払)

第6条 市長は、前条第1項の規定に基づく申請があったときは、その内容を審査し、適当と認めたときは、速やかに申請者に助成金を支払うものとする。

2 市長は、前項の審査により助成金の交付を行うことが適当でないと認めたときは、風しん対策助成事業不支給決定通知書(様式第2号)により申請者に通知するものとする。

(不正利得の返還)

第7条 市長は、偽りその他不正な手段により、当該助成金の交付を受けた者については、その者から交付した当該助成金の全額又は一部を返還させることができる。

(委任)

第8条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

1 この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

2 長久手市風しん対策助成事業実施要領は、廃止する。

附 則

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

長久手市風しん対策助成事業交付申請・請求書

年 月 日

（宛先）長久手市長

申請者 〒

住所

氏名

電話番号

長久手市風しん対策助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり助成金の交付を申請します。

なお、長久手市風しん対策助成事業実施要綱を遵守するとともに、申請内容について、市が保有する個人情報を見学・調査すること及び必要時医療機関等に問い合わせることに同意します。

申請種別	<input type="checkbox"/> 風しん抗体検査 <input type="checkbox"/> 風しん予防接種				
対象者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（省略可）				
生年月日	年 月 日				
対象者区分	<input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性（妊娠中は除く。） <input type="checkbox"/> 妊娠を予定若しくは希望している、又は妊娠中の女性の配偶者又は同居者				
対象者確認欄 ※該当するものに○ ※⑤⑥は予防接種の申請時のみ	①風しんにかかったことが ある ・ ない ②（女性のみ）現在妊娠を している ・ していない ③（女性のみ）出産したことが ある ・ ない ④風しん対策の助成を受けたことが ある ・ ない ⑤風しんの予防接種を受けたことが ある ・ ない ⑥愛知県風しん抗体検査事業で検査を 受けた ・ 受けていない ⑦医師により抗体価が低いと 判断された ・ されていない				
実施日及び費用 ※予防接種の申請時には、抗体検査実施日と医療機関名も記載してください。		抗体検査		予防接種	
	実施日	年 月 日		年 月 日	
	医療機関名	金額 円		金額 円	
助成金交付申請額	円				
（市記載欄） 助成決定金額	円				

振込先（申請者名義の口座を記入してください）

金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義（カナ）
	店	普通当座		

添付書類 医療機関が発行した領収書（風しん抗体検査もしくは風しん予防接種に要した費用として支払ったことが明記されたもの）

振込先口座が確認できる通帳等の写し

（予防接種助成の申請時）抗体検査結果がわかるもの

* 誤記入は二重線をした上で訂正印をお願いします。ただし、金額の訂正はできません。

* 対象者が未成年の場合、申請者及び口座名義人は保護者としてください。

様式第2号（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

長久手市長

長久手市風しん対策助成事業不支給決定通知書

年 月 日付けの長久手市風しん対策助成事業交付申請
については、下記の理由により助成が認められませんので通知します。

記

理由