

## 長久手市風しん対策助成事業実施要領

(趣旨)

第1条 この要領は、周期的な流行がある風しんについて、妊婦が風しんに罹患して胎児に障がいが見れる先天性風しん症候群の発生を防止するため、風しん対策の推進を目的として、風しん抗体検査（以下「抗体検査」という。）を受けた者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「ワクチン接種」という。）を受けた者に対し、その費用を助成することに関し必要な事項を定めるものとする。

(抗体検査費用助成対象者)

第2条 抗体検査費用の助成を受けることができる者は、検査日において市内に住所を有する者のうち、次の各号のいずれかに該当する者（過去に国又は自治体から抗体検査費用又は風しんワクチン接種費用の助成を受けたことがある者を除く）とする。

- (1) 妊娠を予定又は希望している女性（経産婦）（既婚、未婚は問わない。）
- (2) 出産経験のある妊娠を予定又は希望している女性（経産婦）の配偶者（事実婚含む）などの同居者（昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性を除く）。
- (3) 妊娠をしている女性の配偶者（事実婚含む）などの同居者（昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性を除く）。

2 前項のうち妊娠中の女性、風しん罹患患者、過去に風しんワクチン（麻しん風しん混合ワクチンを含む。）の接種歴がある者は、対象としないものとする。

(ワクチン接種費用助成対象者)

第3条 ワクチン接種費用の助成を受けることができる者は、接種時において市内に住所を有する者のうち、次の各号のいずれかに該当する者（過去に国又は自治体から風しんワクチン接種費用の助成を受けたことがある者を除く）とする。

- (1) 前条における対象者のうち、抗体検査を受けた結果、風しんに対する抗体が不十分と判断された者

(2) 愛知県風しん抗体検査の対象者のうち、愛知県風しん抗体検査を受けた結果、風しんに対する抗体が不十分と判断された者

2 前項の風しんに対する抗体が不十分だと判断する基準については、別表のとおりとする。

(助成の回数)

第4条 助成金の回数は、抗体検査及びワクチン接種とも1人1回を限度とする。

(助成金の額)

第5条 抗体検査の助成金の額は、抗体検査に要する費用の全額とする。

2 ワクチン接種の助成金の額は、接種に要する費用の全額とする。

(助成対象期間)

第6条 助成対象期間は、令和4年4月1日から令和5年3月10日までの抗体検査及び令和4年4月1日から令和5年3月31日までのワクチン接種を対象とする。

(抗体検査費用助成の申請及び交付)

第7条 抗体検査費用の助成金の交付を受けようとする者は、風しん抗体検査費助成金交付申請・請求書(第1号様式)に必要な事項を記入し、検査を受けたことを証明できる長久手市風しん抗体検査費領収書(第2号様式)を添付し、検査した当該年度内に市長に申請するものとする。

2 市長は、前項の申請があった場合は、必要な書類を審査確認し、助成金の交付を決定したときは、速やかに助成金を支払うものとする。

3 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るときは、風しん抗体検査費助成金不支給決定通知書(第3号様式)を申請者に通知するものとする。

(ワクチン接種費用助成の申請及び交付)

第8条 ワクチン接種費用の助成金の交付を受けようとする者は、風しんワクチン接種費助成金交付申請・請求書(第4号様式)に必要な事項を記入し、接種した当該年度内に市長に申請するものとする。

2 申請書の添付書類として、接種を受けたことを証明できる風しん(麻

しん風しん混合) ワクチン接種費領収書(第5号様式)並びに第2条における対象者については風しん抗体検査結果(第6号様式)を添付しなければならない。

3 第2条における対象者に該当しない愛知県風しん抗体検査の対象者については、愛知県の風しん抗体検査事業委託実施要領に基づく抗体検査結果又は風しん抗体検査結果が分かるものを添付しなければならない。

4 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、風しんワクチン接種費助成金不支給決定通知書(第7号様式)を申請者に通知するものとする。

(不正利得の返還)

第9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10条 この要領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

この要領は、平成26年6月1日から施行する。

この要領は、平成27年4月1日から施行する。

この要領は、平成28年4月1日から施行する。

この要領は、平成29年4月1日から施行する。

この要領は、平成30年4月1日から施行する。

この要領は、平成31年3月1日から施行する。

この要領は、平成31年4月1日から施行する。

この要領は、令和2年4月1日から施行する。

この要領は、令和3年4月1日から施行する。

この要領は、令和4年4月1日から施行する。

別表

	本要領第 2 条の対象者
抗体が不十分だと判断する基準	医師の判断により、抗体が不十分だとされた者（医師から聞き取り、申請者が結果を記入）

愛知県風しん抗体検査事業で抗体が不十分だと判断する基準		
測定キット名（製造販売元）	検査方法	抗体価（単位等）
風疹ウイルス H I 試薬「生研」 （デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （H I 法）	1.6 倍以下 （希釈倍率）
R-H I 「生研」 （デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （H I 法）	1.6 倍以下 （希釈倍率）
ウイルス抗体 EIA 「生研」 ルベラ IgG （デンカ生研株式会社）	酵素免疫法 （E I A 法）	8.0 未満 （EIA 価）
エンザイグノスト B 風疹/IgG （シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社）	酵素免疫法 （E I A 法）	3.0 未満 （国際単位（IU）/mL）
バイダス アッセイキット RUB IgG （シスメックス・ビオメリュー株式会社）	蛍光酵素免疫法 （E L F A 法）	4.5 未満 （国際単位（IU）/mL）
ランピア ラテックス RUBELLA （極東製薬工業株式会社）	ラテックス免疫比濁法 （L T I 法）	3.0 未満 （国際単位（IU）/mL）
アクセス ルベラ IgG （ベックマン・コールター株式会社）	化学発光酵素免疫法 （C L E I A 法）	4.5 未満 （国際単位（IU）/mL）
i-アッセイ CL 風疹 IgG （株式会社保健科学西日本）	化学発光酵素免疫法 （C L E I A 法）	1.4 未満 （抗体価）
BioPlex MMRV IgG （バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社）	蛍光免疫測定法 （F I A 法）	3.0 未満 （抗体価 AU）

BioPlex ToRC IgG (バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社)	蛍光免疫測定法 (F I A 法)	3 0 未満 (国際単位 (IU) /mL)
Rubella-Gアボット (アボットジャパン株式会社)	化学発光免疫測定法 (C L I A 法)	2 5 未満 (国際単位 (IU) /mL)
ランピア ラテックス RUBELLA II (極東製薬工業株式会社)	ラテックス免疫比濁法 (L T I 法)	3 5 未満 (国際単位 (IU) /mL)
バイオライン ルベラ IgG/IgM (アボット ダイアグノスティクス メディカル 株式会社)	イムノクロマト法 (I C A 法)	陰性

\* 製造企業が独自に調整した抗体価単位

第 1 号様式（第 7 条関係）

長久手市風しん抗体検査費助成金交付申請・請求書			
			年 月 日
長久手市長 殿			
		申請者	〒 ー
			住所
			氏名
			電話番号
<p>私は、これまでに風しんにかかったこと及び風しんワクチン（麻しん風しん混合ワクチンを含む。）を接種したことがありませんので、下記のとおり、関係書類を添えて、風しん抗体検査費助成金の交付申請をします。</p> <p>なお、申請内容について、市が保有する個人情報を読覧・調査すること、及び、医療機関等に問い合わせることに同意します。</p>			
被検査者氏名			
生年月日（年齢）	年 月 日（満 歳）		
質問 1 どちらに該当しますか。 (☑してください。)	<input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性（経産婦） <input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性（経産婦）の配偶者などの同居者（昭和 3 7 年 4 月 2 日から昭和 5 4 年 4 月 1 日生まれの男性を除く） <input type="checkbox"/> 妊娠をしている女性の配偶者等の同居者（昭和 3 7 年 4 月 2 日から昭和 5 4 年 4 月 1 日生まれの男性を除く）		
質問 2 「はい」か「いいえ」に ○をつけてください。 *「はい」の場合は、 <u>助成対象外です</u>	（女性のみ）現在、妊娠中ですか。		はい・いいえ
	今までに風しんにかかったことがありますか。		はい・いいえ
	今までに風しんワクチン（麻しん風しん混合ワクチンを含む。）を接種したことがありますか。		はい・いいえ
検査年月日	年 月 日		
医療機関名			
請求金額	金 円		
振込先 金融機関名	銀行		本店
	農業協同組合 信用金庫		支店 出張所
口座番号	普通・当座		
ふりがな			申請者との続柄
口座名義人			

\* 添付書類・別紙「長久手市風しん抗体検査費領収書」

\* 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）。

\* 被検者が未成年の場合、申請者及び口座名義人は保護者としてください。

第2号様式（第7条関係）

長久手市風しん抗体検査費領収書	
被検査者氏名	
検査年月日	年 月 日
領収金額	金 円
上記のとおり証明します。	
年 月 日	
住 所	
医療機関 名 称 ⑩	
電話番号	

領収書添付欄

上記の「風しん抗体検査費領収書」によらない場合は、ここに医療機関の領収書を添付してください。

領収書には次の①から⑤までの内容が記載されていることが必要です。

- ① 被検査者氏名
- ② 検査年月日
- ③ 内容【風しん抗体検査費】
- ④ 金額
- ⑤ 医療機関名・医療機関印



第3号様式（第7条関係）

長 健 第 号  
年 月 日

様

長久手市長 吉田一平

長久手市風しん抗体検査費助成金不支給決定通知書

年 月 日に申請のありました風しん抗体検査費助成事業  
については、下記の理由により助成が認められませんでしたので、通知  
します。

記

理由

第4号様式（第8条関係）

風しんワクチン接種費助成金交付申請・請求書

年 月 日

長久手市長 殿

申請者 〒 -

住所

氏名

電話番号

私は、これまでに風しんにかかったこと及び風しんワクチン（麻しん風しん混合ワクチンを含む。）を接種したことがありませんので、下記のとおり、関係書類を添えて、風しんワクチン予防接種費助成金の交付申請をします。

なお、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、医療機関等に問い合わせることに同意します。

被接種者氏名			
生年月日（年齢）	年 月 日（満 歳）		
質問1 どちらに該当しますか。（☑してください）	<input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性（経産婦を除く） <input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性（経産婦を除く）の配偶者などの同居者（昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性を除く） <input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性（経産婦） <input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性（経産婦）の配偶者などの同居者（昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性を除く） <input type="checkbox"/> 妊娠をしている女性の配偶者などの同居者（昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性を除く）		
質問2 「はい」か「いいえ」に○をつけてください。 *「はい」の場合は、助成対象外です。	今までに風しんにかかったことがありますか。	はい・いいえ	
	今までに風しんワクチン（麻しん風しん混合ワクチンを含む。）を接種したことがありますか。	はい・いいえ	
接種年月日	年 月 日		
医療機関名			
請求金額	金 円		
振込先 金融機関名	銀行	本店	店番号
	農業協同組合 信用金庫	支店 出張所	
口座番号	普通・当座		
ふりがな			申請者との続柄
口座名義人			

**\* 添付書類**

(1) 風しん（麻しん風しん混合）ワクチン接種費領収書（第 5 号様式）

(2) 愛知県様式「風しん抗体検査の結果について」又は抗体検査結果が分かるもの

※妊娠を予定又は希望している女性（経産婦を除く。）、妊娠を予定又は希望している女性（経産婦を除く）の配偶者などの同居者のみ

(3) 風しん抗体検査結果（第 6 号様式）

※妊娠を予定又は希望している女性（経産婦）、妊娠を予定又は希望している女性（経産婦）の配偶者などの同居者、妊娠をしている女性の配偶者などの同居者のみ

**\* 記入上の注意**

(1) 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）。

(2) 被接種者が未成年の場合、申請者及び口座名義人は保護者としてください。

第5号様式（第8条関係）

※風しんワクチン、麻しん風しん混合ワクチンどちらを接種しましたか。

（どちらかに○をつける）

→ ・ 風しんワクチン

・ 麻しん風しんワクチン

風しん（麻しん風しん混合）ワクチン接種費領収書		
被接種者氏名		
接種年月日	年	月 日
領収金額	金	円
上記のとおり証明します。		
年 月 日		
住 所		
医療機関	名 称	㊞
電話番号		

領収書添付欄

上記の「風しん（麻しん風しん混合）ワクチン接種費領収書」  
によらない場合は、ここに医療機関の領収書を添付してください。

領収書には次の①から⑤までの内容が記載されていることが必要です。

- ① 被接種者氏名
- ② 接種年月日
- ③ 予防接種名【風しん（麻しん風しん混合）ワクチン接種】
- ④ 金額
- ⑤ 医療機関名・医療機関印

第6号様式（第8条関係）

**被検査者記入欄**

<p>風しん抗体検査結果</p> <p><u>妊娠を予定又は希望している女性（経産婦）、</u> <u>妊娠を予定又は希望している女性（経産婦）の配偶者などの同居者、</u> <u>妊娠をしている女性の配偶者などの同居者</u> は記入してください。</p>	
被検査者氏名	
検査年月日	年      月      日
質問 抗体検査の結果、医師 にワクチン接種が必要 と言われましたか。	はい・いいえ ※いいえの場合は、助成対象外です。
医療機関名	※医療機関による記入は必要ありません。

第7号様式（第8条関係）

第 号  
年 月 日

様

長久手市長 吉田一平

風しんワクチン接種費助成金不支給決定通知書

年 月 日に申請のありました風しんワクチン接種費助成事業については、下記の理由により助成が認められませんでしたので、通知します。

記

理由