

## 中津市風しん抗体検査及び予防接種費用助成申請兼請求書

令和 年 月 日

中津市長 あて

申請者名.....

電話番号.....

風しんの抗体検査及び予防接種の助成を申請し、必要書類を添えて下記の金額を請求します。  
助成金額は下記の口座に振り込んでください。

※ 申請内容の確認にあたり、中津市長が住民基本台帳を閲覧すること、また確認等が必要な場合は医療機関に問い合わせることに同意します。

抗体検査費用.....円 (助成額 上限 3,000 円)

予防接種費用.....円 (助成額 上限 5,000 円)

請求金額.....円 (検査後に予防接種をした場合は合計金額)

フリガナ		
検査・接種者名	( 男 ・ 女 )	
住 所	中津市	
生 年 月 日	昭和 ・ 平成	年 月 日
医療機関名	検査 ( ) 接種 ( ) <small>※検査と同一医療機関の場合は記入不要</small>	
検査年月日	令和	年 月 日
接種年月日	令和	年 月 日
接種ワクチン	1. 風しん単独ワクチン 2. MR (麻しん風しん混合) ワクチン	
保険の種類	国保 社保 その他 ( )	
対象区分 <small>※該当するものに○をつけてください</small>	1. 妊娠を希望する女性 2. 妊娠を希望する女性の同居者 3. 妊婦の同居者	※下記の条件を満たしていること 1. 風しんにかかったことがない 2. 風しん予防ワクチン接種歴が2回未満 3. 風しんの抗体価が十分でない

	金融機関コード	店番コード			
金融機関名		支店・出張所			
預金種目	1. 普通 2. 当座 3. その他( )	口座番号			
フリガナ					
口座名義人					

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任欄に記入してください。

私は、上記口座名義人に、風しん予防接種助成金の受け取りを委任します。

令和 年 月 日 申請者氏名

## 大人の風しん抗体検査及び予防接種の費用の一部助成

中津市では、風しんの感染予防対策として、風しん抗体検査の費用を一部助成し、検査結果で抗体価が十分でない場合、予防接種費用も一部助成します。

**対 象 者** 中津市に住民登録があり、次のいずれかに該当する者

1. 妊娠を希望する女性
2. 妊娠を希望する女性の同居者
3. 妊婦の同居者

〔対象外〕妊婦、風しんにかかったことがある者、風しん単独ワクチンまたはMR（麻しん風しん混合）ワクチンを2回以上接種している者、風しん抗体価が十分と医師が診断した者

※ 昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性は、令和7年3月31日までの間、中津市が発行するクーポン券を医療機関に持参すれば、無料で抗体検査・予防接種を受けることができます。

※ 大分県事業では、妊娠を希望する女性及び同居者が、県指定医療機関において、無料で風しん抗体検査を受けることができます。詳しくは、大分県のホームページでご確認ください。

### 助 成 内 容

（助成金額）風しん抗体検査費用 上限 3,000 円 / 予防接種費用 上限 5,000 円

※ 抗体検査・予防接種費用が、助成金額に満たない場合は、その額とします。生活保護受給者は全額助成します。

※ 助成は抗体検査・予防接種それぞれ1人1回限りです。

※ 妊婦健診（風しん抗体検査）において風しん抗体価が十分でないと診断された妊婦が、産後に予防接種を受けた場合は、予防接種費用のみ助成します。

（申請期間）抗体検査を受けた日から1年以内

予防接種の助成を受ける場合には、必ず風しん抗体検査を受けてください。

抗体検査の結果、抗体価が十分でない場合は、医師の指示に従い、速やかに予防接種を受けてください。

※ 妊婦健診（風しん抗体検査）において風しん抗体価が十分でないと診断された場合は、産後に予防接種を受けてください。

対象となる予防接種は風しん単独ワクチンまたはMR（麻しん風しん混合）ワクチンです。

### 〈抗体検査から予防接種のながれ〉

① 医療機関で風しん抗体検査を受け、後日結果を確認する（要予約）

② **抗体価が十分** → 予防接種は不要 → 抗体検査費用のみ助成申請

**抗体価が不十分** → 予防接種が必要 → 予防接種を受ける → 抗体検査・予防接種費用の助成申請

※抗体検査・予防接種費用は、一旦全額をお支払いください。金額は医療機関で異なります

医療機関にて、抗体検査の結果が分かる書類、予防接種の種類及び費用がわかる領収書を受け取ってください

**申 請 方 法** 中津市役所地域医療対策課（または各支所総務・住民課）に、申請書(裏面)、必要書類を持参してください。

〈必要書類〉（1）風しん抗体検査の結果がわかる書類

（2）風しん抗体検査、予防接種の種類及び費用がわかる領収書の原本（いずれもコピー不可）

（3）振込先の預金通帳の名義人カナ氏名と口座番号がわかるもの

（4）申請者の身分を証明する書類（運転免許証、保険証等）

（5）母子健康手帳と、妊婦健診での風しん抗体検査結果が確認できる書類

※（5）は、妊婦健診において風しん抗体価が十分でないと診断され、産後に予防接種を受けた場合に必要です。

※ 申請書等を審査した後に、指定された金融機関の口座に助成金を振り込みます。

申請先及び問合せ先：中津市役所 地域医療対策課 電話 0979-22-1170