

令和8年度 風しん予防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甲佐町から助成するものです。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、町健康推進課へ申請してください。

☆申請できる方

甲佐町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 熊本県風しん抗体価検査事業において、予防接種が必要と診断された者
- ② 妊娠を希望する女性とその配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあるものを含む)などの同居者(生活空間を同一にする頻度が高い者)で過去の風しん抗体検査において、風しんの抗体価が低かった(HI抗体価が16倍以下相当)者
- ③ 風しんの抗体価が低い妊娠している女性の配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあるものを含む)などの同居者(生活空間を同一にする頻度が高い者)で、過去の風しん抗体検査において、風しんの抗体価が低かった(HI抗体価が16倍以下相当)者

ただし、①②③共に、風しんの定期接種対象の方、及び検査で風しんの確定診断を受けた方は対象外となります。

☆助成対象の予防接種

令和8年4月1日から令和9年3月31日までに接種した
風しんワクチン又は麻しん風しん(MR)混合ワクチン

☆助成額

5,000円

※接種費用は医療機関によって異なります。5,000円を超えた費用については自己負担となります。接種費用が5,000円未満の場合、かかった費用を助成します。

☆申請提出期限

令和9年4月16日(金) 17:00

☆申請に必要な書類

- ① 風しん予防接種費用助成申請書兼請求書(様式1)
- ② 予防接種を実施した医療機関が発行した領収書原本と診療明細書原本(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)
- ③ 医療機関からの風しんの抗体価結果が記載されている書類、または「熊本県風しん抗体価検査結果通知書」
- ④ 申請者の身分を証明できるもの(運転免許証・マイナンバーカード等)の写し
- ④ 振込先が確認できるものの写し

☆その他の注意事項

- ・ 条件を満たしていない方にはお支払いできません。
- ・ 振込先の口座名義人は申請者となります。

【問い合わせ先】

甲佐町役場 健康推進課

電話：235-8711