

松江市風しん予防接種費用助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、風しん患者が急増している状況を踏まえ、妊娠初期における風しんのり患による出生児の先天性風しん症候群を予防するため、風しん予防接種又は麻しん風しん混合予防接種（以下「予防接種」という。）に係る費用を助成し、もってこれらの者の病気の予防及び重症化防止を図ることを目的とする。

(対象者)

第2条 予防接種に係る費用（以下「接種費用」という。）の助成を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、予防接種時に住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）の規定により本市の住民基本台帳に記載されている者であって、風しん抗体検査の結果、抗体価の低い（HI法16倍以下又はそれに相当する抗体価である状態をいう。以下同じ。）者のうち、次の各号のいずれかに該当するものとする。

- (1) 妊娠を希望する女性。ただし、現に妊娠している者を除く。
- (2) 妊娠を希望する抗体価の低い女性の配偶者（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者を含む。以下同じ。）及び同居者
- (3) 妊娠している抗体価の低い女性の配偶者及び同居者

(対象となる予防接種)

第3条 助成金の交付の対象となる予防接種は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 接種したワクチンが、風しん単独ワクチン又は麻しん風しん混合ワクチンであること。
- (2) 令和7年4月1日から令和8年3月31日までの間に受けた予防接種であること。

(助成金の額等)

第4条 助成金の額は、次の各号に掲げる予防接種の種類に応じ、それぞれ当該各号に掲げる額を上限とする。ただし、対象者が生活保護法（昭和25年法律第144号）第6条第1項に規定する保護を受けている者（以下「被保護者」という。）の場合は、接種費用の全額を助成するものとする。

- (1) 風しん予防接種 3,000円
- (2) 麻しん風しん予防接種 5,000円

2 助成金の交付は、対象者1人につき1回限りとする。

(助成金の交付申請)

第5条 接種費用の助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、予防接種を受けた日から6月以内に松江市風しん予防接種費用助成金交付申請書（別記様式。以下「申請書」という。）を市長に提出しなければならない。

- 2 前項の申請書には、次に掲げる書類を添付しなければならない。
 - (1) 医療機関が発行する接種費用が確認できる書類
 - (2) 予防接種を受けた者の氏名、接種年月日及び予防接種を受けたことが証明できるもの
 - (3) 風しん抗体検査の結果が分かるもの
 - (4) 第2条第3号に該当する者にあつては、現に妊娠している者の母子健康手帳の写し
 - (5) 被保護者にあつては、福祉事務所長が発行する証明書
 - (6) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類
- 3 市長は、第1項の規定による申請があつたときは、申請に係る書類を審査の上、相当と認める場合は、助成金の交付を決定し、速やかに助成金を交付するものとする。
- 4 市長は、必要があると認めるときは、申請者の予防接種の状況に関し医療機関等に照会を行うことができるものとする。

(雑則)

第6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

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の際、改正前の様式による用紙で、現に残存するものは、当分の間、使用することができる。

別記様式（第5条関係）

松江市風しん予防接種費用助成金交付申請書

（あて先）松江市長

申請日： 年 月 日

松江市風しん予防接種費用助成事業実施要綱に基づき、次のとおり助成金の交付を申請します。
 なお、この申請に基づく支給決定に当たり、申請書に記載された内容等について、市役所内関係課への情報提供及び医療機関に問い合わせることに同意します。

1 予防接種を受けた人（申請者） ※該当する人のみ✓→□生活保護世帯に属している

（フリガナ） 氏名		住所	松江市		
生年月日	年 月 日	連絡先 （電話）			
申請者の区分	風しん予防接種の当日に松江市民（住民登録がある人）で、次の1から3のどれかに該当する人 <input type="checkbox"/> 1~3のどれかに <input checked="" type="checkbox"/> し、必要に応じて氏名や続柄の欄を記載してください。 <input type="checkbox"/> 1 妊娠を希望する「風しん抗体価の低い女性」 <input type="checkbox"/> 2 妊娠を希望する風しん抗体価の低い女性（氏名：_____）の「風しん抗体価の低い 配偶者または同居者（続柄_____）」 <input type="checkbox"/> 3 風しん抗体価の低い妊婦（氏名：_____）の「風しん抗体価の低い 配偶者または同居者（続柄_____）」				
抗体検査の方法・ 抗体価(数値)	該当の検査方法に <input checked="" type="checkbox"/> し、結果数値を()に記入してください。 <input type="checkbox"/> HI法() <input type="checkbox"/> EIA法() <input type="checkbox"/> その他(法()) ※主な抗体検査方法と対象となる数値 HI法：16倍以下、EIA法：8.0未満				
ワクチンの種類 （該当に☑）	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（MR）ワクチン <input type="checkbox"/> 風しん単独ワクチン	接種年月日	年	月	日
接種医療機関名		接種料金	円		

（初診料・再診料等、接種以外の費用は、接種料金に含まれません。）

2 振込先（※申請者本人名義の口座）

金融機関名	銀行・信金 農協・信組		支店名	本店・支店 支所・出張所					
預金種別	1 普通 2 当座	口座番号 （右詰め）							
口座名義	（カタカナで記入）								

3 必要書類を添えて提出してください。

以下、市記入欄

受理日	抗体検査結果	添付書類	住基

助成金額	
------	--