

風しん予防接種費用の助成をします

助成の対象者は、大刀洗町民であり、風しん抗体検査の結果「抗体価が低い」と判定された人で、以下の条件を満たす人（妊娠中の人は除く）です。

1. 妊娠を予定・希望する人
2. 妊娠を予定・希望する人及び妊婦の
 - ア. 配偶者（パートナーを含む）
 - イ. 同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など）



※「抗体価が低い」とは、HI 法で抗体価 32 倍未満または、EIA 法で抗体価が 8 未満など、詳しくは、健康課までお尋ねください。

助成対象期間：令和 7 年 4 月 1 日～令和 8 年 3 月 31 日までに接種したもの

申請期限：令和 8 年 3 月 31 日まで

助成金額：予防接種に要した予防接種費用

（上限は、10,000 円で、一人 1 回限りです。）

対象ワクチン：麻しん風しん混合ワクチンまたは風しん単独ワクチン

申請に必要なもの：

- ① 風しんワクチン等接種助成金支払申請書（ホームページからダウンロード可）
- ② 風しん抗体検査結果
- ③ 風しん予防接種済証の写し（接種者氏名、ワクチン名、接種年月日、医療機関名が記載されていること）
- ④ 医療機関発行の領収書（原本）
- ⑤ 振り込み口座が確認できるもの（口座情報記載のページ写し）
- ⑥ 申請者の印鑑

申請方法：健康課窓口にお越しください。申請書は窓口にもあります。

問い合わせ先：健康課 電話 0942-77-1377