

## 田原市風しん予防接種費用助成実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、風しん予防接種（麻しん・風しん混合ワクチン及び風しん単抗原ワクチン予防接種。以下「予防接種」という。）について接種費用の一部を助成することにより、先天性風しん症候群の発生を抑制し、市民の健康の保持及び増進を図ることを目的とする。

(対象者)

第2条 対象者は、田原市に住民票のある者で、次の各号のいずれかに該当する者とする。ただし、風しんり患歴のある者及び現在妊娠している可能性のある女性を除く。

(1) 妊娠を予定又は希望している女性及びその夫（事実婚及び入籍予定を含む。）で風しん抗体が十分でない者

(2) 妊婦の夫（事実婚及び入籍予定を含む胎児の父親）で風しん抗体が十分でない者

2 前項の風しん抗体が十分でない者とは、体外診断用医薬品の承認を受けた医薬品により風しんウイルスに対する抗体価を測定し、その結果、別表で定める結果の者をいう。

(予防接種の実施機関)

第3条 予防接種は、一般社団法人田原市医師会に委託して実施するものとし、一般社団法人田原市医師会の会員たる医師で予防接種を実施することを承諾した者の属する医療機関（以下「指定医療機関」という。）とする。

(助成金額等)

第4条 接種費用の助成金額は、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める額とする。なお、1人につき1回を限度とする。

- (1) 麻しん・風しん混合ワクチン 5,000円
- (2) 風しん単抗原ワクチン 3,000円

(申請手続)

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、あらかじめ市長に次に掲げる書類を添えて、田原市風しん予防接種費用助成申請書（様式第1号）を提出し、麻しん・風しん混合ワクチン及び風しん単抗原ワクチン予防接種予診票（様式第2号）（以下「予診票」という。）の交付を受けなければならない。

- (1) 風しん抗体検査の結果、抗体が十分でないことの確認が可能な書類等
- (2) 申請者（代理人を含む。）の本人確認が可能な書類等

2 申請者は、交付された予診票に必要事項を記載の上、本人確認の可能な書類等を添えて、予防接種を受けようとする指定医療機関に提出しなければならない。

(公費負担の請求)

第6条 予防接種を行った指定医療機関は、接種費用から助成金額を差し引いた残金を被接種者に請求するものとする。

2 前項の指定医療機関は、助成金額相当額の請求を田原市風しん予防接種委託料請求書（様式第3号）により行うものとし、月ごとに接種を行った者の予診票を添付し、接種を行った月の翌月10日までに市長に提出しなければならない。

(健康被害発生時の対応)

第7条 市長は、予防接種に起因する健康被害が被接種者に生じたときは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）及び田原市予防接種事故災害補償規程（昭和59年田原町訓令第9号）に定めるところにより、必要な措置を講ずるものとする。

(不正利得の返還)

第8条 市長は、偽りその他不正な手段により助成金の交付を受けた者があるときは、その者から当該交付した助成金の額の全部又は一部を返還させることができる。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項については、市長が別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、平成25年6月21日から施行する。
- 2 この要綱は、令和6年3月31日限り、その効力を失う。ただし、第6条から第8条までの規定は、同日後も、なおその効力を有する。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年4月2日から施行し、平成26年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年3月31日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

## 別表（第2条関係）

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HI試薬「生研」 （デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （HI法）	1.6倍以下 （希釈倍率）
R-HI「生研」 （デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （HI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 （EIA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 （EIA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 （ELFA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 （LTI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 （CLEIA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 （CLEIA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 （FIA法）	3.0未満 （抗体価AI*）
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 （FIA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 （CLIA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 （LTI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 （ICA法）	陰性

\* 製造企業が独自に調整した抗体価単位

## 田原市風しん予防接種費用助成申請書（男性用）

年 月 日

田原市長 殿

申請者 住所  
氏名  
被接種者との続柄（ ）

麻しん・風しん混合ワクチン又は風しん単抗原ワクチンを接種するに当たり接種費用の助成を受けたいので、田原市風しん予防接種費用助成実施要綱第5条の規定により申請します。

※太枠の中を記入してください。

被 接 種 者	氏 名	フリガナ
	住 所	
	生 年 月 日	
	電 話 番 号	

【健康課確認事項】被接種者について下記の事項を確認の上、□にチェックを記入。

- 風しん抗体検査の結果、抗体が十分ではありません。
- 風しんに、り患したことはありません。
- 配偶者（事実婚及び入籍予定を含む。）が妊娠中です。
- 配偶者（事実婚及び入籍予定を含む。）が妊娠を予定又は希望しています。

田原市風しん予防接種費用助成申請書（女性用）

年 月 日

田原市長 殿

申請者 住所  
氏名  
被接種者との続柄（ ）

麻しん・風しん混合ワクチン又は風しん単抗原ワクチンを接種するに当たり接種費用の助成を受けたいので、田原市風しん予防接種費用助成実施要綱第5条の規定により申請します。

※太枠の中を記入してください。

被 接 種 者	氏 名	フリガナ
	住 所	
	生 年 月 日	
	電 話 番 号	

【健康課確認事項】被接種者について下記の事項を確認の上、□にチェックを記入。

- 風しん抗体検査の結果、抗体が十分ではありません。
- 愛知県風しん抗体検査事業の助成を受けました。
- 風しんに、り患したことはありません。
- 妊娠を予定または希望しています。
- 現在妊娠しておらず、妊娠の可能性もありません。

## 麻しん・風しん混合ワクチン及び風しん単抗原ワクチン予防接種予診票（任意接種）

住所	田原市
氏名	

生年月日	
------	--

【健康課確認欄】女性のみ  
愛知県風しん抗体検査事業の助成（有・無）

(医療機関で○をつけてください)

麻しん・風しん混合ワクチン / 風しん単抗原ワクチン

電話番号	
接種日年齢	(満 歳)
昨夜の体温	度 分
診察前の体温	度 分

## 太枠内をご記入ください

質問事項（あてはまるところに記入するか○でかこんでください）	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか	いいえ	はい	
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときに体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があるといわれた ことがありましたか	あった	なかった	
今日身体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください（ ）	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名（ ） 期間 月 日～ 月 日	はい	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名（ ）	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類（ ） 接種日 月 日	はい	いいえ	
生まれてから今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の 病気）にかかり医師に診察を受けていますか 病名（ ）	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	いいえ	はい	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか（ ）歳頃	はい	いいえ	
そのひきつけのときに熱がでましたか	いいえ	はい	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種の名前（ ）	はい	いいえ	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか（注）	はい	いいえ	
女性の方へ *接種後2か月間は妊娠をさけることが必要です 現在妊娠している可能性（生理が予定より遅れているなど）はありますか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、  
接種することに（同意します・同意しません）\*かっこ内のどちらかを○で囲んでください。  
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が田原市に提出されることに同意します。

署名 (未成年者の場合:続柄 )

なお、被接種者が未成年者で未婚の場合は保護者の同伴が原則となります。署名欄に保護者が自署し、被接種者との続柄を記載してください。

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（実施できる・見合わせた方がよい）と判断します。  
保護者（接種を受ける者が既婚者の場合は本人）および接種を受ける本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

医師の署名又は記名押印

ワクチンロット番号	接種量（筋肉内）	実施場所
Lot NO.	0.5ml	
接種年月日	医師名	
年 月 日		

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6ヵ月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分に出ないことがあります。