

【風しんの予防接種等を一部助成しています】

未来の赤ちゃんを先天性風しん症候群から守るため、抗体を調べましょう！



□対象者 湯川村に住所を有する次の方

- ①妊娠を予定又は希望している女性とその夫
- ②妊娠している女性の夫
- ※ 妊娠中の方は接種できません。

□実施期間 通年

□助成額

- ・風しん抗体価検査（上限6,000円とし、実費との低い方の額）
- ・ワクチン接種（「風しんワクチン」「麻しん風しんワクチン」共に、上限5,000円とし、実費との低い方の額）

重要！

□申請方法

- ①医療機関で風しん抗体価検査を受ける。
→ 抗体価が十分であれば、**抗体価検査費用助成の申請**を。
- ②①で抗体価が不十分とされた場合のみ、「風しんワクチン」または「麻しん風しんワクチン」を接種。 → **抗体価検査及び予防接種費用助成の申請**を。

□申請手続き

湯川村保健センターにて申請受付します。随時受け付けますが、事業を行っている場合は対応しかねますので、事前に電話連絡をお願いします。（申請用紙は湯川村保健センターにあります）



□申請に必要なもの

- ①抗体価検査及び予防接種費用の領収書
※抗体価検査及び接種した予防接種名が入った領収書であれば、②は省略可。
- ②風しんワクチンまたは麻しん風しんワクチンの予防接種済証もしくは接種記録
- ③印鑑
- ④通帳または通帳の写し
- ※ 不明な点は、村保健センターへお問い合わせ下さい。

令和 年 月 日

湯川村長 様

風しん抗体価検査並びに風しん(麻しん風しん)予防接種助成金交付申請書

申請者住所 _____

申請者氏名 _____ 印

連絡先 _____

私は、次のとおり抗体価検査・予防接種を実費にて行いましたので、費用の助成申請をいたします。

1 接種者（該当するものに☑してください。）

妊娠を予定又は希望している女性とその夫

妊娠している女性の夫

接種者氏名	(歳)	生年月日	平成・昭和 年 月 日
住 所	湯川村大字		

2 申請額

申請額 円

	①医療機関支払額	②助成額の上限単価	③助成額
風しん抗体価検査	円	6,000円	円
麻しん風しん混合	円	5,000円	円
風しん単抗原	円	5,000円	円

※助成額…①と②を比較し、金額の少ない額を助成申請額とします。

3 振込先口座（接種者名義としてください。）

金融機関名	銀行・信組・信金・農協		支店
預貯金種別	普通	口座番号	
よみがな			
口座名義人			