

山武市風しんワクチン接種費用一部助成制度のご案内

山武市では、「先天性風しん症候群」の発生を予防するための緊急対策として、妊娠を希望している方などに風しん、または、MR（麻しん・風しん混合ワクチン）のワクチン接種費用の一部を助成します。

対象者	<p>次の要件を全て満たしている人</p> <p>① 接種時に山武市に居住し、かつ、山武市の住民基本台帳に記録されている方</p> <p>② 平成30年12月25日以降に千葉県が実施する風しん抗体検査※または妊婦健診における風しん抗体検査を受け、検査の結果抗体価が低いとされた方</p> <p>③ このワクチン接種について健康保険などの助成を受けていない方</p> <p>④ 過去に市の実施する風しんワクチン等に係る助成を受けたことがない方</p> <p>※「千葉県風しん抗体検査」の対象者は、 妊娠を希望する女性、妊娠を希望する女性の同居者又は妊婦健診等で風しん抗体価が低い（HI法で32倍未満、EIA（IgG）法で8.0未満）と確認された妊婦の同居者 ただし、過去に風しん抗体検査を受けた結果、十分な量の風しんの抗体（HI法で32倍以上、EIA（IgG）法で8.0以上）があることが判明し、当該予防接種を行う必要がないと認められる方、若しくは検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がある方は除く。</p>
対象接種	千葉県が実施する風しん抗体検査または妊婦健診における風しん抗体検査の結果、抗体価が低いとされ、令和8年4月1日以降に接種した風しんワクチン又はMR（風しん・麻しん混合）ワクチン（接種を受ける医療機関は、市内外を問いません。）
助成額	<p>・風しんワクチン 3,000円</p> <p>・MRワクチン 5,000円</p> <p>} いずれか1種類1回のみ</p> <p>※ 接種費用が助成額に満たない場合は、接種費用を上限とします。</p> <p>※ 生活保護を受給されている方は接種費用の全額を助成します。</p>
申請方法	山武市役所健康支援課（成東保健福祉センター内）に必要書類などをご持参のうえ、申請してください。
必要書類など	<p>1. 申請書兼請求書（この用紙の右側部分をご使用ください。）</p> <p>2. 千葉県風しん抗体検査または妊婦健診における風しん抗体検査の結果の写し ※ ↓</p> <p>3. 印鑑（申請書兼請求書に押印していただきます。）</p> <p>4. 振込先の金融機関名、口座番号などがわかるもの（通帳の写しなど）</p> <p>5. 風しん（又はMR）ワクチン接種の領収書の原本</p> <p>6. 接種済証や予防接種手帳の写しなど、ワクチンの接種年月日、受けた方、医療機関名が確認できるもの（領収書で確認ができる場合は添付不要です） 注：書類の発行が有料となる場合がありますので、詳しくは接種を受ける医療機関にご確認ください。</p> <p>7. 代理の方が申請する場合は、委任状 *郵送による申請も可能ですが、不着等の事故については責任を負いかねますのでご了承ください。</p>
申請期限	令和9年3月31日（水）★必着（郵送の場合消印有効ではありません）

※ 千葉市、船橋市及び柏市で実施する同様の抗体検査事業で期間内に抗体検査を実施後、山武市に転入した方も対象となります。

※ 成人の風しんワクチン接種は、予防接種法に基づかない「任意接種」であるため、万が一接種によって健康被害が生じた場合は、独立行政法人 医薬品医療機器総合機構法 による被害救済の対象となります。



----- 申請・問合せ先 -----
 山武市役所 保健福祉部 健康支援課
 〒289-1392 山武市殿台296番地
 電話 0475-80-1172



第1号様式（第4条関係）

山武市風しんワクチン接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）山武市長

申請・請求者 住所

氏名

印

電話番号

山武市風しんワクチン接種費用助成事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請及び請求します。

なお、この申請内容について、市が保有する個人情報を閲覧・調査すること及び医療機関等に問い合わせをすることに同意いたします。

記

フリガナ			住 所 (申請者と異なる場合ご記入ください)
被接種者氏名			
生年月日 (接種日年齢)	年 月 日 (歳)		
抗体検査実施日	年 月 日	抗体検査実施 医療機関名	
予防接種年月日	年 月 日	接種医療機関名	
ワクチンの種類 (助成限度額)	<input type="checkbox"/> MR（麻しん・風しん混合）ワクチン（5,000円） <input type="checkbox"/> 風しん単独ワクチン（3,000円）		
請求額	円（上記、3,000円または5,000円でご記入ください。）		

※ ワクチンの種類は、該当する方に✓をつけてください。

※ 助成対象となるのは、MRワクチン・風しんワクチンのどちらか一方となります。

振込 口座	金融機関名	銀行／農協／信金 ／信組／金庫	支店名	支店／支所 ／本店
	預金種別	普通 / 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

【添付書類】

- 風しん抗体検査の本人検査結果の写し
- ワクチン接種に係る領収書の原本
- 接種内容（ワクチンの種類）、接種を受けた方の氏名、接種日、医療機関名が確認できる書類（予診票、接種証明書等。ただし、(2)で確認できる場合は不要です。）
- 振込先の金融機関名及び口座が確認できる通帳等の写し
- 委任状（申請者が被接種者と異なる場合のみ）

市確認欄	<input type="checkbox"/> 検査結果	<input type="checkbox"/> 領収書原本	<input type="checkbox"/> 接種済確認書類	<input type="checkbox"/> 通帳写し等	<input type="checkbox"/> 委任状
------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	------------------------------