

風疹ワクチン接種費用を助成します



先天性風疹症候群の発生予防及び風疹の流行抑制のため、風疹任意予防接種費用の助成を行います。

●対象者 ※接種日、申請日において加賀市の住民で、以下のいずれかの要件に該当する方

1. 昭和54年4月2日～昭和62年10月1日生まれの男女（接種率の低い年齢）
2. 妊婦の配偶者その他の同居者
3. 妊娠希望者（接種日において49歳以下の方）

※次の方は対象外となります。

- ㊦ 1歳以上で2回接種している方 ㊦ 風疹の定期予防接種（第1期～第4期）の接種履歴が1回ある方
㊦ 麻疹風疹混合ワクチン第5期の接種者 ㊦ 妊娠中の方及び風疹罹患患者

ただし、㊦風疹の定期予防接種の接種履歴が1回ある方で抗体価が低い方は助成対象となります。

申請には風疹の抗体価等を証明する書類が必要です。

抗体価が低い方とは次のいずれかに該当する方です。

- ・HI法で抗体価が16倍未満の方又はその他の検査による抗体価が同等の方
- ・医師から予防接種を推奨される方

●助成額 （1人どちらか1回のみの助成となります）

・風疹ワクチン 3,000円 ・麻疹風疹混合ワクチン 5,000円

●助成方法

医療機関に接種費用の全額をお支払いいただいた後、健康課へ費用助成の申請をしてください。
審査後、申請書にて指定された口座に助成額を振り込みます。

●申請方法 ＊接種日から1年以内に申請してください。

【申請に必要な書類等】

- ・加賀市風疹任意予防接種費用助成金交付申請・実績報告兼請求書（加賀市健康課、各医療機関に設置）
- ・本人確認できるもの（マイナンバーカード、運転免許証など）
- ・振込先の通帳等
- ・領収書等の原本（被接種者氏名、接種日、ワクチンの種類、接種費用、医療機関名が記載されているもの）
- ・任意予防接種前の抗体検査結果通知等抗体価が低いことがわかるもの（㊦の方のみ）

＊対象者2の妊婦の配偶者その他の同居者の方は、上記に加えて以下の書類等

- ・妊婦であることがわかる母子手帳
- ・任意予防接種前の抗体検査結果通知等抗体価がわかるもの

※予防接種履歴を確認するために、医療機関等へ連絡を入れていただく場合がございます。予めご了承ください。

●申請窓口

加賀市健康課（加賀市大聖寺八間道65 かが交流プラザさくら1階）

【問い合わせ先】加賀市健康課

TEL:0761-76-5670(予防接種担当)

E-mail kenkou@city.kaga.lg.jp