

大口町風しん抗体検査及びワクチン接種費用助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、妊娠初期の妊婦が風しんに感染した場合、胎児に先天性風しん症候群を発症するおそれがあることから、その予防を目的とした風しん抗体検査（以下「抗体検査」という。）に係る費用（以下「検査費用」という。）及び抗体検査の結果、医師が、抗体価が低く、抗体が十分でないと判断し接種したワクチンの予防接種（以下「予防接種」という。）に係る費用（以下「接種費用」という。）の一部を助成することで住民の経済的負担を軽減し、抗体検査及び予防接種の受けやすい環境を整えることを目的とする。

(検査費用及び接種費用助成対象者)

第2条 検査費用の助成対象とする者は、抗体検査時に住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）の規定により大口町（以下「町」という。）の住民基本台帳に記載されている者で、かつ、次の各号のいずれかに該当するものとする。

- (1) 妊娠を予定又は希望する女性
- (2) 前号の配偶者又は事実上婚姻関係にある者
- (3) 妊娠している女性の配偶者又は事実上婚姻関係にある者
- (4) 風しん第5期の対象者で国の集合契約に参加していない医療機関で抗体検査及び予防接種を実施した者
- (5) その他町長が必要と認める者

2 前項各号のいずれかに該当する者のうち、妊娠中の女性、経産婦（抗体検査のみ）、過去に風しんに罹患したことがある者、過去に一度も本要綱による助成を受けたことがない者及び前項第2号及び第3号に該当する者のうち、予防接種法（昭和23年法律第68号）第5条第1項の規定による風しん第5期の対象者は助成対象としない。

3 接種費用の助成対象とする者は、抗体検査の結果、別表に掲げる検査方法により抗体価が低いと医師に判断され、ワクチンの予防接種を受けた者のうち、予防接種時に町の住民基本台帳に記載されているもので、かつ、前項の各号のいずれ

かに該当するものとする。

- 4 検査費用及び接種費用の助成を受けることができる者(以下「申請者」という。)は、助成対象となる本人又はその者の属する世帯員とする。

(助成の対象とする抗体検査及び予防接種)

第3条 助成の対象となる抗体検査は、赤血球凝集抑制法(HI法)、酵素免疫法(EIA(IgG)法)、蛍光酵素免疫法(ELFA法)、ラテックス免疫比濁法(LTI法)、化学発光酵素免疫法(CLEIA法)、蛍光免疫測定法(FIA法)、化学発光免疫測定法(CLIA法)及びイムノクロマト法(ICA法)によるもので、かつ、平成26年4月1日以降に検査されたものとする。

- 2 助成の対象となる予防接種は、次の各号のいずれかに該当するもののうち平成26年4月1日以降に接種されたものとする。

(1) 乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン予防接種

(2) 乾燥弱毒生風しんワクチン予防接種

(助成金の額)

第4条 助成金の額は次に掲げる区分に応じ、当該各号に定める額とする。ただし、1円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てた額とする。

(1) 第2条第1号から第3号に該当する者 5,000円を限度とし、助成対象者が負担した費用の2分の1以内の額

(2) 第2条第4号に該当する者 検査の日及び接種の日の属する年度に、町が一般社団法人尾北医師会と契約した風しん抗体検査及び予防接種委託料の単価を上限とした、助成対象者が負担した費用の全額

(全額助成)

第5条 前条の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者(以下「全額助成対象者」という。)の助成金の額は、費用の全額とする。

(1) 生活保護法(昭和25年法律第144号)の規定による被保護世帯に属する者

(2) 大口町税条例(昭和38年大口町条例第15号)の規定による町民税非課税世帯に属する者

(3) その他町長が必要と認める者

(助成の方法)

第6条 助成の方法は、償還払いとする。

2 前項の規定にかかわらず、町は全額助成対象者に対して第9条に規定する助成券を交付し助成を行うものとする。ただし、抗体検査及び予防接種を終えた後に前条に該当することがわかった者及び第10条の規定により費用負担した者については前項の規定により助成を行うものとする。

(助成の申請)

第7条 申請者は、大口町風しん抗体検査及びワクチン接種費用助成申請書兼請求書(様式第1。以下「申請書」という。)に次に掲げる書類を添えて町長に提出しなければならない。ただし、申請書により申請者の同意を得た上で町が確認できる場合は、省略できるものとする。

(1) 抗体検査及び予防接種にかかる領収書(前条第3項本文の規定により助成券の交付を受ける者は除く。)

(2) 第2条第1項第2号、第3号又は第4号に該当する者であることを示す書類

(3) 第5条に該当する者であることを示す書類

(4) 抗体検査の結果を証明する書類

(審査結果の通知)

第8条 町長は、前条の規定による申請書を受理したときは、速やかにその内容を審査し、助成の決定をしたときは大口町風しん抗体検査及びワクチン接種費用助成決定通知書(様式第2)により、助成を認めないときは大口町風しん抗体検査及びワクチン接種費用助成却下決定通知書(様式第3)により、申請者に通知するものとする。

(助成券の交付)

第9条 町長は、助成を決定した申請者が全額助成対象者であると認める場合は、その者に対し大口町風しん抗体検査及びワクチン接種費用助成券(様式第4。以下「助成券」という。)を交付するものとする。この場合において、助成券を使用することができる医療機関は町の指定する医療機関(以下「実施医療機関」と

いう。)とする。

2 全額助成対象者は、抗体検査及び予防接種を受けたときは、実施医療機関に助成券を提出するものとする。ただし、実施医療機関以外の医療機関で抗体検査及び予防接種を受けたときは、助成券を使用することができない。

(費用負担)

第10条 全額助成対象者が助成券の紛失等の理由により、助成券を実施医療機関に提出ができない場合は、費用の全額を実施医療機関に支払うものとする。

2 全額助成対象者が実施医療機関以外の医療機関で抗体検査及び予防接種を受けたときは、費用の全額を当該医療機関に支払うものとする。

(助成金の請求受領委任)

第11条 全額助成対象者は、助成券を使用して実施医療機関で抗体検査及び予防接種を受けた場合は、助成金の請求受領を当該実施医療機関に委任するものとする。

(抗体検査及び予防接種費用の請求等)

第12条 実施医療機関は、実施月の翌月10日までに、風しん抗体検査及びワクチン接種費用助成請求書(様式第5)に助成券を添付し、町長に提出しなければならない。

(実施医療機関への支払い)

第13条 町長は、前条の請求があったときは、その請求内容を審査し、適正と認めるときは、当該請求を行った実施医療機関に請求額を支払うものとする。

(助成金の返還)

第14条 町長は、申請者又は実施医療機関が偽りその他の不正の手段によって助成金の交付を受けたときは、既に交付した助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(その他必要事項)

第15条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、町長が別に定める。

附 則 (平成26年5月30日 大口町告示第61号)

この要綱は、告示の日から施行し、平成26年4月1日から適用する。

附 則（平成27年9月30日 大口町告示第91号）

この要綱は、告示の日から施行する。

附 則（令和元年6月10日 大口町告示第85号）

この要綱は、告示の日から施行する。

附 則（令和3年3月30日 大口町告示第53号）

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則（令和4年12月23日 大口町告示第113号）

この要綱は、告示の日から施行し、令和4年4月1日から適用する。

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H I 試薬「生研」 （デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （H I 法）	1 6 倍以下 （希釈倍率）
R－H I 「生研」 （デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （H I 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 （E I A 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 （E I A 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 （E L F A 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）	ラテックス免役比濁法 （L T I 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 （C L E I A 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 （C L E I A 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 （F I A 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 （F I A 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

様式第1 (第7条関係)

大口町風しん抗体検査及びワクチン接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

大口町長様

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 電話 _____
 助成対象者との続柄 _____

大口町風しん抗体検査及びワクチン接種費用助成事業実施要綱第7条により、関係書類を添えて申請します。

申請内容について、町が保有する個人情報情報を照会、閲覧及び調査すること並びに医療機関等に問い合わせることに同意します。

記

費用額 _____ 円 (内訳：抗体検査 _____ 円 予防接種 _____ 円)
 申請額 _____ 円 (内訳：抗体検査 _____ 円 予防接種 _____ 円)

下記区分のうちいずれか該当するものに をしてください。

抗体検査			予防接種		
補助区分	1 一部	2 全部	補助区分	1 一部	2 全部
対象区分	ア	妊娠を予定又は希望する女性	対象区分	ア	妊娠を予定又は希望する女性
	イ	アの配偶者等		イ	アの配偶者等
	ウ	妊娠している女性の配偶者等		ウ	妊娠している女性の配偶者等
	エ	その他 ()		エ	その他 ()

抗体検査及び予防接種をした(する)方

フリガナ 氏名	(年 月 日生)	
配偶者等氏名		
種別	抗体検査	予防接種
実施日	年 月 日	年 月 日
医療機関名		

振込先金融機関

金融機関名	預金種類	口座番号	フリガナ 口座名義
銀行 信用金庫 農業協同組合	本店 支店 普通 当座		

第 年 月 日
号 日

様

大 口 町 長 印

大口町風しん抗体検査およびワクチン接種費用助成決定通知書

年 月 日付けで申請のありました風しん抗体検査及びワクチン接種費用の助成について、次の金額を助成することを決定したので通知します。

助成額 金 _____ 円
(内訳：抗体検査 _____ 円 予防接種 _____ 円)

第 年 月 日
号

様

大口町長

印

大口町風しん抗体検査及びワクチン接種費用却下決定通知書

年 月 日付けで申請のありました風しん抗体検査及びワクチン接種費用の助成について、却下とすることを決定したので通知します。

却下とした理由 のため

様式第 4 (第 9 条関係)

大口町風しん抗体検査及びワクチン接種費用助成券

1 風しん抗体検査及びワクチン (麻しん風しん混合ワクチン) 接種希望者

住所

氏名

生年月日

(年齢)

2 助成種別

抗体検査

予防接種

3 実施医療機関名

※この助成券で、上記の者の風しん抗体検査又は風しんワクチン (麻しん風しん混合ワクチン) 接種費用の全額を助成します。

(1) この助成券は、上記に記載された方以外は使用できません。

(2) この助成券は、再発行できません。

(3) この助成券は、上記医療機関以外では使用することができません。

年 月 日

大口町長

印

医療機関証明欄	接種年月日	医療機関名
	LotNo.	医師名

様式第5 (第12条関係)

大口町風しん抗体検査及びワクチン接種費用助成金請求書

金 _____ 円

1 助成券分 抗体検査 円× 人= 円
 予防接種 円× 人= 円

上記のとおり、 年 月分の大口町風しん抗体検査及びワクチン接種費用助成金として請求します。

年 月 日

大 口 町 長 様

住 所
実施医療機関名
請求者氏名

口座振替依頼 上記請求金額を下記金融機関へお振込みください。

金融機関名	預金種類	口座番号	フリガナ 口座名義
銀行 信用金庫 農業協同組合	本店 支店 普通 当座		