

## 大口町風しん抗体検査事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、風しんの予防に関する啓発を行い、風しんの感染拡大防止及び先天性風しん症候群の発生を予防するため、予防接種が必要である者を抽出する風しん抗体検査（以下「検査」という。）を行うとともに、町が実施する検査事業（以下「事業」という。）に関し、必要な事項を定めるものとする。

### (検査対象者)

第2条 この事業の検査対象者は、検査の当日において、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）の規定に基づき大口町の住民基本台帳に記載されている昭和37年4月2日から昭和54年4月1日までの間に生まれた男性で、次の各号のいずれかに該当しない者とする。

- (1) 過去に風しん抗体検査を受けたことがある者
- (2) 明らかに風しんの予防接種歴がある者
- (3) 風しんに罹患したことがある者

2 前項の規定にかかわらず、町長が必要と認める場合には、事業の検査対象者とすることができる。

### (検査の内容)

第3条 検査は、H I 法（赤血球凝集抑制法）を原則とする。ただし、厚生労働省において、E I A 法（酵素免疫法）、E L F A 法（蛍光酵素免疫法）等の検査方法でH I 法における抗体価「8倍以下」に相当する抗体価がまとめられた検査キットによる検査については、この事業の対象検査とする。

### (対象者の自己負担等)

第4条 町は、検査に要する費用を負担するものとし、検査対象者に対して検査費用が無料になるクーポン券を送付する。

### (実施医療機関)

第5条 検査を実施する医療機関及び健診機関は、町と当該事業について契約を取り交わした医療機関（以下「実施医療機関」という。）とする。

(検査費用の請求等)

第6条 実施医療機関は、クーポン券を持参した検査対象者に対する検査（以下「クーポン事業」という。）を行った月の翌月10日までに大口町風しん抗体検査実施報告兼請求書（様式第1。次項において「請求書」という。）に、検査結果を記入した書類（以下「結果通知書」という。）を添えて町長に提出するものとする。

2 町長は、請求書等の提出があったときは、その内容を審査し、適当と認める場合は、速やかに実施医療機関に検査費用を支払うものとする。

3 全国の市町村等を代表する機関が、全国の医療機関及び健診機関との間で締結する検査等委託契約に基づいて実施する検査等の請求があったときは、その内容を審査し、適当と認める場合は、速やかに検査等の費用を支払うものとする。

4 前3項に定める規定にかかわらず、必要な事項は、風しんの追加的対策に関するガイドライン、その他の厚生労働省通知等によるものとする。

(償還払い)

第7条 町長は、第2条に規定する検査対象者が、クーポン事業によらない検査を行った場合の検査に係る費用について、次条に規定する申請により、償還払いによる助成を行うことができる。ただし、助成額は、検査の日の属する年度に町が実施医療機関と契約した風しん抗体検査委託料の単価を上限とする。

(助成の申請)

第8条 前条の助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、大口町風しん抗体検査費用助成申請書（様式第2。以下「申請書」という。）に次の各号に掲げる書類を添えて、町長に申請するものとする。

(1) 検査に係る領収書

(2) 結果通知書

(審査結果の通知)

第9条 町長は、申請書を受理したときは、速やかにその内容を審査し、助成を承認した場合は大口町風しん抗体検査費用助成決定通知書（様式第3）により、助成を承認しない場合は大口町風しん抗体検査費用非助成決定通知書（様式第4）により、申請者に通知するものとする。

(助成金等の取消し及び返還)

第10条 町長は、助成対象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等の交付を受けたときは、既に交付した助成金等を取り消し、大口町風しん抗体検査費用助成決定取消通知（返還命令）書（様式第5）により返還を命ずるものとする。

(検査結果の記録)

第11条 町は、被検者の検査結果等当該事業の実施状況について、実施医療機関を含め、クーポン事業以外の実施機関から提出された検査に係る結果通知書に基づいて、検査の結果を記録する。

(その他必要事項)

第12条 この要綱に定めるもののほか必要な事項については、町長が別に定める。

附 則（平成31年3月27日 大口町告示第49号）

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

様式第1（第6条関係）

大口町風しん抗体検査実施報告兼請求書

金 \_\_\_\_\_ 円

抗体検査分	円 ×	人 =	円
-------	-----	-----	---

上記のとおり、 年 月分の大口町風しん抗体検査事業に要した費用を請求します。

年 月 日

大口町長様

請求者（実施医療機関名）

住 所

氏 名

印

口座振替依頼 上記請求金額を下記金融機関へ振込みしてください。

金融機関名	預金の種類	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		

様式第2（第8条関係）

大口町風しん抗体検査費用助成申請書

大口町長様

大口町風しん抗体検査事業実施要綱第8条の規定に基づき、関係書類を添えて、抗体検査費用助成を申請します。

また、助成が承認された場合は、助成金を下記の口座に振り込んでください。

なお、申請内容について、町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ることに同意します。

年 月 日

申請者 住所  
氏名 印  
記

申請額 \_\_\_\_\_ 円(町が契約した委託料単価を上限)

検査費用 \_\_\_\_\_ 円

検査実施者	フリガナ				(本人の連絡先)
	氏名				
	生年月日	年	月	日	( 歳)
	検査年月日	年	月	日	
	医療機関名				

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任欄に記入・押印してください。

私は、下記口座名義人に風しん抗体検査費用助成金の受取を委任します。  
年 月 日 申請者氏名 印

振込先金融機関	銀行 本店 信用金庫 支店 農業協同組合							
	口座の種類/番号	普通・当座						
	フリガナ							
	口座名義	(姓)				(名)		

添付資料

- (1) 検査に係る領収書
- (2) 結果通知書

第 号  
年 月 日

様

大口町長 印

大口町風しん抗体検査費用助成決定通知書

年 月 日付けで申請のあった風しん抗体検査費用の助成については、これを承認し、次の金額を助成することに決定したので通知します。

助成額 金 \_\_\_\_\_ 円

第 号  
年 月 日

様

大口町長

印

大口町風しん抗体検査費用非助成決定通知書

年 月 日付けで申請のあった風しん抗体検査費用の助成について、非助成と決定したので通知します。

非助成とした理由 のため

様式第5（第10条関係）

第 号  
年 月 日

様

大口町長

印

大口町風しん抗体検査費用助成決定取消通知（返還命令）書

年 月 日付け 第 号にて交付決定した大口町風しん抗体検査費用助成金については、当該助成決定を取り消す（とともに、その返還を命ずる）ので通知します。

については、助成済の下記の金額を速やかに大口町に返還してください。

記

金 \_\_\_\_\_ 円