

成人女性等風しん予防接種（任意）の接種費用を一部助成します

妊婦、特に妊娠初期の女性が風しんにかかると、赤ちゃんが耳が聞こえにくい、目が見えにくい、生まれつき心臓に病気があるなど「先天性風しん症候群」という病気にかかってしまうことがあります。この病気の発生を予防するためには、予防接種が効果的です。

＜助成額＞ 風しん単独、麻しん風しん混合ワクチン接種にかかる費用のうち **4,000円** を助成します。
 ※助成回数は1人1回のみ

＜対象者＞ ※過去に市の助成を受けた人は対象になりません。

予防接種時に宗像市、福津市に住民票があり、次のいずれかに該当する人（妊娠中の人は除く）

- ① 女性：妊娠を予定または希望している19歳以上49歳以下の女性
 ただし、お子さんのいる人は、直近の妊婦健康診査の風しん抗体検査で抗体価が32倍以下の人
- ② 男性：妊娠中および妊娠を予定または希望している女性のパートナー

助成を受けるには事前に申請が必要です

申請は宗像市・福津市それぞれの担当窓口でお手続きください。

申請に必要なもの

- ・①の対象者でお子さんがある人は、前回妊娠した時の母子健康手帳
- ・申請に来る人の本人確認書類（保険証など）（※代理申請の場合は、代理申請者の本人確認書類）

※1 助成による風しん予防接種は裏面の協力医療機関で受けることができます。協力医療機関以外での接種をご希望の場合は、申請時に窓口にてご相談ください。

※2 成人に対する風しんの予防接種は任意の予防接種です。任意予防接種により健康被害が発生した場合、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済制度及び市が加入する保険による補償を受けることができます。（予防接種法に基づく国の補償はありません）

～助成の申請をされる前に～

妊娠希望者（妊婦は除く）、妊娠希望者及び妊婦の配偶者（パートナーを含む）、同居者（生活空間を同一にする頻度が高い家族など）は福岡県が実施している風しん抗体検査を無料で受けることができます。※対象者には条件があります。

対象者や実施医療機関（県内の契約医療機関）など、詳しくは、[福岡県庁ホームページ](#)をご参照ください。

キリトリ

風しん予防接種助成申請書【 予診票 ・ 依頼書 】

先天性風しん症候群の発生予防を目的とした風しんの予防接種を受けることを希望するので、任意予防接種費用助成について申請します。
 なお、この申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、宗像市が調査することに同意します。

申請日 年 月 日

宗像市長 様

申請者氏名 _____（被接種者との続柄： _____）

住 所 _____

電話番号 _____

接種を希望する人	住 所	宗像市		
	電話番号			
	フリガナ	生 年 月 日		
	氏 名	男・女	昭和・平成	年 月 日 () 歳
パートナーの氏名		接種予定医療機関名		

※裏面の協力医療機関以外での接種を希望する場合、こちらをご記入ください。

医療機関住所： _____ 電話番号： _____

接種医師名： _____ ※ 接種医師名が不明な場合は、未記入でも差し支えありません。

依頼理由（該当するものに○）： かかりつけ ・ その他 ()

対象者確認	<input type="checkbox"/> 第一子の妊娠を予定（希望）している19歳以上49歳以下の女性	課長	係長	係
	<input type="checkbox"/> 第二子以降の妊娠を予定（希望）していて、直近の妊婦健康診査の風しん抗体検査で抗体価が32倍以下の19歳以上49歳以下の女性			
	<input type="checkbox"/> 妊婦もしくは妊娠を予定（希望）している女性のパートナー			
	<input type="checkbox"/> 平成25年10月1日以降に宗像市成人女性等風疹予防接種助成事業を利用して、風しんまたはMRの予防接種を受けたことはない			

