

令和4年度庄内町風しん抗体検査及び予防接種実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、風しんの感染による重症化及びまん延防止並びに先天性風しん症候群の発生を予防するため、町が医療機関に対し委託して行う風しん抗体検査（以下「抗体検査」という。）及び風しん単独ワクチン又は麻しん風しん混合ワクチンの予防接種（以下「予防接種」という。）の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

(抗体検査の対象者)

第2条 抗体検査の対象者は、町内に住所を有し、次の各号のいずれかに該当する者(妊婦、過去に抗体検査を受けたことがある者、予防接種を2回以上接種した者又は風しんの罹患歴がある者を除く。)とする。

- (1) 昭和47年4月2日から平成7年4月1日までの間に生まれた妊娠を希望している女性(妊娠している可能性のある者を除く。)
- (2) 昭和47年4月2日から平成7年4月1日までの間に生まれた妊娠を希望している女性(抗体価がH I 抗体換算で16倍を超える者を除く。)の夫及び同居者
- (3) 妊婦(抗体価がH I 抗体換算で16倍以下である者又は妊婦健康診査において実施する抗体検査の結果が判明する前の者に限る。)の夫及び同居者

(予防接種の対象者)

第3条 予防接種の対象者は、町内に住所を有し、前条各号に規定する抗体検査の対象者で、第7条の規定により抗体検査を受けたもの又は過去に抗体検査を受けたことがあるもの(抗体価がH I 抗体換算で16倍以下である者に限る。)とする。

(実施医療機関)

第4条 抗体検査及び予防接種を実施する機関は、町長と委託契約を締結した医療機関(第7条及び第9条において「委託医療機関」という。)とする。

(抗体検査及び予防接種の申請)

第5条 抗体検査及び予防接種を希望する者(以下「予防接種等希望者」という。)は、令和4年度庄内町風しん抗体検査及び予防接種受診券申請書(様式第1号。次条において「申請書」という。)を町長に提出しなければならない。この場合において、第2条第2号に該当する者にあつては妊娠を希望している女性の抗体検査の結果の写しを、同条第3号に該当する者にあつては妊婦の抗体検査の結果の写しを添付するものとする。

(抗体検査及び予防接種受診券等の交付)

第6条 町長は、申請書の提出があつた場合は、その内容を審査し、適当と認めるときは、令和4年度庄内町風しん抗体検査及び予防接種受診券(様式第2号。以下「受診券」という。)を予防接種等希望者に交付するものとする。

(抗体検査及び予防接種の実施)

第7条 受診券の交付を受けた者は、委託医療機関に当該受診券を提出して抗体検査を受け、抗体価が第3条に定める基準以下の場合、予防接種を受けることができる。ただし、過去に抗体検査を受けたことがある者で、抗体価が基準以下と確認できた者は、抗体検査を受けずに予防接種を受けることができるものとする。

(費用負担及び実施回数)

第8条 町が負担する額（以下「町負担額」という。）は、抗体検査及び予防接種に要する費用の額とする。

2 抗体検査及び予防接種の実施回数は、1人につき1回とする。

（費用の請求及び支払）

第9条 委託医療機関は、当月分の町負担額について、令和4年度庄内町風しん抗体検査及び予防接種委託料請求書（様式第3号。次項において「請求書」という。）に第7条の規定により提出された受診券及び予診票を添えて、翌月20日まで町長に請求するものとする。

2 町長は、請求書の提出があった時は、その内容を審査し、第4条に規定する委託契約に適合すると認めるときは、当該委託医療機関に委託料を支払うものとする。

（その他）

第10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

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

様式第1号（第5条関係）

令和4年度庄内町風しん抗体検査及び予防接種受診券申請書

年 月 日

庄内町長

宛

申請者 住所

氏名

電話

風しん抗体検査及び予防接種を受けたいので、令和4年度庄内町風しん抗体検査及び
予防接種実施要綱第5条の規定により次のとおり申請します。

フリガナ	
予防接種等 希望者氏名	(男・女)
住所	
生年月日	年 月 日
対象区分	1 妊娠を希望している女性 2 妊娠を希望している女性の夫及び同居者 3 妊婦の夫及び同居者 (2又は3の場合は、妊婦(希望)の名)
予防接種歴	有(回) ・ 無 ・ 不明
風しん罹患歴	有 ・ 無 ・ 不明
抗体検査歴	有 ・ 無 ・ 不明
添付書類	1 妊娠を希望している女性の夫及び同居者の場合は、当該女性の 抗体検査の結果の写し 2 妊婦の夫及び同居者の場合は、当該妊婦の抗体検査の結果の写 し
備考	

同意書

令和4年度庄内町風しん抗体検査及び予防接種実施要綱に定める対象者の要件を
審査するため、私及び私の世帯員の住民記録を閲覧することに、同意します。

年 月 日

申請者 住所

氏名

様

庄内町長



令和4年度庄内町風しん抗体検査及び予防接種受診券

令和4年度庄内町風しん抗体検査及び予防接種実施要綱に基づき、抗体検査及び予防接種受診券を交付します。

1 抗体検査

自己負担額	抗体検査費用は全額町負担となりますので、実費負担はありません。		
町負担額	円		
検査医療機関	住所 医療機関名	医師氏名	
検査年月日	年	月	日
抗体検査の結果	H I 価	倍	

備考 抗体検査で抗体価が基準以下（H I 抗体換算で16倍以下）の方が予防接種の対象となります。

2 予防接種

自己負担額	接種費用は全額町負担となりますので、実費負担はありません。		
町負担額	円		
検査医療機関	住所 医療機関名	医師氏名	
接種年月日	年	月	日

3 有効期限 年 月 日

(注)1 この受診券は、医療機関に提出してください。また、受診券発行後はできるだけ速やかに抗体検査及び予防接種を受けてください。

2 医療機関は、この受診券を請求書及び予診票とともに町に提出してください。

様式第3号（第9条関係）

令和4年度庄内町風しん抗体検査及び予防接種委託料請求書

年 月 日

庄内町長

宛

所在地
医療機関名
代表者氏名

年 月分の委託業務が完了したので、令和4年度庄内町風しん抗体検査及び
予防接種実施要綱第9条第1項の規定により次のとおり委託料を請求します。

請求額 円

区 分	町負担額	人 数	金 額
風 し ん 抗 体 検 査	円	人	円
風 し ん 単 独 ワ ク チ ン	円	人	円
麻 し ん 風 し ん 混 合 ワ ク チ ン	円	人	円
振 込 先	金 融 機 関 名		店 名
	預 金 種 目	普通 ・ 当 座 ・ その他（ ）	
	口 座 番 号		
	フリガナ		
	口 座 名 義		

備考 この請求書に、予診票及び受診券を添付してください。