

庄内町告示第44号

令和8年度庄内町風しん抗体検査及び予防接種費用助成金交付要綱を次のように定める。

令和8年3月25日

庄内町長 富 樫 透

令和8年度庄内町風しん抗体検査及び予防接種費用助成金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、風しんの感染による重症化及び先天性風しん症候群の発生を予防するため、令和8年度庄内町風しん抗体検査及び予防接種実施要綱（令和8年庄内町告示第45号）第4条に規定する委託医療機関以外の医療機関（以下「契約外医療機関」という。）で風しん抗体検査（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。）を受けた者に対し、予算の範囲内で令和8年度庄内町風しん抗体検査及び予防接種費用助成金（以下「助成金」という。）を交付することについて、庄内町補助金等の適正化に関する規則（平成17年庄内町規則第52号。第5条及び第6条において「規則」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

第2条 助成金の交付対象となる者（以下この条において「助成対象者」という。）は、契約外医療機関で抗体検査又は予防接種を受けた日において、町内に住所を有し、次の各号に掲げる区分に応じ当該各号に定める者とする。

- (1) 抗体検査 次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。
  - イ 昭和51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。）
  - ロ 昭和51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
  - ハ 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
- (2) 予防接種 前号に規定する抗体検査の助成対象者で次のいずれかに該当し、かつ、抗体価が基準以下（H I 抗体換算で16倍以下の場合をいう。）のものとする。
  - イ 次条に規定する抗体検査を受けた者
  - ロ 過去に抗体検査を受けたことがある者

(助成対象の抗体検査及び予防接種)

第3条 助成金の交付の対象となる抗体検査及び予防接種は、契約外医療機関で受けた抗体検査及びその抗体価が基準以下の場合に受けた予防接種（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されたものが、抗体検査を受けずに予防接種を受

けた場合を含む。)とする。

(助成額及び助成回数)

第4条 助成金の額は、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助成回数は、1人につき1回とする。

(交付申請)

第5条 規則第4条に規定する交付申請書は、令和8年度庄内町風しん抗体検査及び予防接種費用助成金交付申請書(様式第1号)によるものとし、同条に規定する別に定める書類は次のとおりとし、令和9年3月31日までに町長に提出しなければならない。

(1) 契約外医療機関が発行する抗体検査若しくは予防接種に係る領収書又は支払証明書

(2) 契約外医療機関が発行する接種済証の写し又は接種したことを証明できるもの

(3) 第2条第1号ロに該当する者は、当該妊娠を希望している女性の抗体検査の結果の写し

(4) 第2条第1号ハに該当する者は、当該妊婦の抗体検査の結果の写し

(助成金の交付決定)

第6条 町長は、規則第4条の規定による助成金の交付の申請があったときは、その内容を審査し、助成金の交付の可否を決定し、その結果を令和8年度庄内町風しん抗体検査及び予防接種費用助成金交付決定(却下)通知書(様式第2号)により通知するものとする。

(交付決定の取消し)

第7条 町長は、助成金の交付の決定を受けた者が偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けたときは、助成金の交付の決定を取り消すことができる。

(その他)

第8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8年4月1日から施行する。

様式第1号（第5条関係）

令和8年度庄内町風しん抗体検査及び予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

庄内町長

宛

申請者 氏名

電話

令和8年度庄内町風しん抗体検査及び予防接種費用助成金を次のとおり交付されるよう、庄内町補助金等の適正化に関する規則第4条の規定により関係書類を添えて申請します。

交付申請額 円（抗体検査費用 円、予防接種費用 円）

フリガナ				生年 月日	年 月 日	
予防接種等を受けた者の氏名						
住所						
契約外医療機関名						
抗体検査年月日	年 月 日					
抗体検査の結果	H I 価 倍					
予防接種年月日	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、妊婦(希望)の氏名 )					
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 不					
振込口座	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合			本店・支店 出張所	
	預金種目	普通・当座	口座番号			
	ゆうちょ銀行の場合	記号	番 号			
	フリガナ					
口座名義人						

(注) 申請者と口座名義人が異なる場合は、次の欄に記入・押印してください。

私は、上記口座名義人に、風しん予防接種等の助成金の受け取りを委任します。

年 月 日

申請者 氏名

様式第2号（第6条関係）

第 号  
年 月 日

様

庄内町長



令和8年度庄内町風しん抗体検査及び予防接種費用助成金交付決定（却下）  
通知書

年 月 日付けで交付申請のあった令和8年度庄内町風しん抗体検査及び  
予防接種費用助成金について、庄内町補助金等の適正化に関する規則第5条の規定により  
下記のとおり交付する（却下する）ことに決定したので通知します。

記

交付決定額 円  
(却下の場合はその理由)