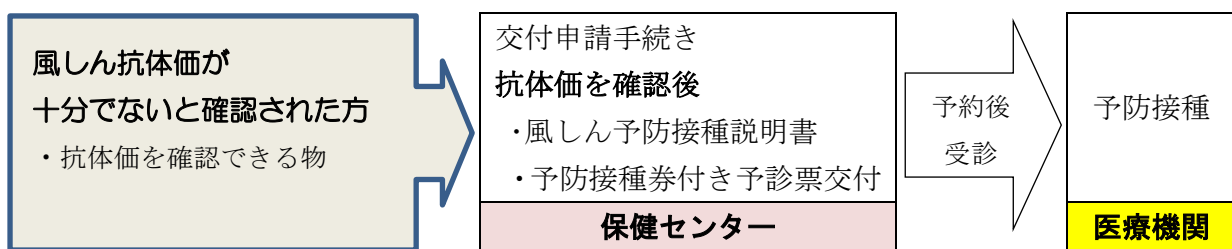


入善町風しん任意接種費用の助成のご案内

入善町では、妊娠期の風しんの感染を防ぎ、安心して産み育てる環境の推進と健康増進を図るため、下記の条件を満たす方に対して、任意接種の費用を助成します。

1. 接種対象者 入善町に住民登録があり、下記のいずれかの条件を満たす方
 - ①妊娠している女性の配偶者
 - ②妊娠を予定または希望している女性（50歳未満）
 - ③妊娠を予定または希望している女性の配偶者
 上記のいずれかの方で風しん抗体検査や妊婦一般健康診査等で風しん抗体価が十分でないと確認された方
2. 助成期間 令和8年4月1日(水)～令和9年3月31日(水)
3. 助成金額 麻しん風しん混合ワクチンの場合 5,000円
風しん単体ワクチンの場合 3,000円
※医療機関で設定する金額から、上記の助成金額を差し引いた差額が、自己負担額となります。
※予防接種費用の助成は、1人1回のみです。
4. 助成申請場所 入善町元気わくわく健康課 保健センター
※本人が申請できない場合は、委任状が必要です。(裏面参照)
5. 申請時必要書類 風しん抗体価が十分でないと確認できる結果通知
母子健康手帳、「風しん抗体検査の結果について」など
6. 予防接種場所 入善町指定医療機関 (別表1)

予防接種の受け方（手順）



別表1 指定医療機関

	医療機関名	住所	電話番号	MR	風しん単体
1	あわの産婦人科医院	入善町入膳 229-3	72-0588	○	○
2	川瀬医院	入善町東狐 1031	72-0069	○	—
3	嶋田医院	入善町高島 269	76-0121	○	○
4	すみれ内科クリニック	入善町入膳 5494-1	32-5020	○	○
5	谷川クリニック	入善町入膳 7726	72-0828	○	○
6	丸川病院	入善町青島 396-1	72-5150	○	○
7	山本クリニック	入善町入膳 139-3	74-0110	○	○

委任状

入善町長あて

令和 年 月 日

委任者

住 所 入善町

氏 名

印

連絡先 (TEL)

私は、下記の者に、入善町風しんの任意接種費用等助成交付申請について委任します。

代理人

住 所

氏 名

※ 代理人の方は、本人確認書類（運転免許証、健康保険証等）をご持参ください。