

令和8年度 刈谷市風しん《抗体検査》費用一部助成のお知らせ

※風しん予防接種費用助成については裏面をご覧ください

◇対象者

下記の①から④まで全てに該当する人のうち

- ① 風しん抗体検査時に刈谷市に住民票のある人
- ② 今までに風しんにかかったことのない人
- ③ 風しん抗体検査を一度も受けたことのない人
- ④ 風しん予防接種を一度も受けたことのない人



申請書兼請求書は
こちらからダウン
ロードできます。

1 妊娠を希望する女性

(ただし、出産経験のない女性については、愛知県の制度をご利用ください。出産経験のある女性については、妊娠中に検査済みの場合がありますので、お子様の母子健康手帳等をご確認ください。)

2 妊娠を希望する女性の夫（事実婚を含む）

(ただし、出産経験のない女性の配偶者（事実婚含む）などの同居者については愛知県の制度をご利用ください。)

3 妊娠中の女性の夫（事実婚を含む）

◇申請方法

<ul style="list-style-type: none">・助成回数は1人につき1回です。過去に費用助成を受けた場合は対象になりません。・検査を受け、費用を支払った後、刈谷市保健センターに申請をしてください。・医療機関は、市内外を問いませんので、ご希望の医療機関でお受けください。	
検査期間 及び申請期間	令和8年4月1日から令和9年3月31日まで
助成額	検査費用として助成対象者が負担した額とし、5,000円を上限とします。 (検査日時点で市民税非課税世帯または生活保護受給世帯の人は6,600円を上限とします。) ※助成金は、記入された口座に、決定通知書送付後約1か月～1か月半後に振り込みます。
必要書類	① 刈谷市風しん抗体検査費用助成金交付申請書兼請求書 (来所時に記入していただきます。) ※ダウンロード可 ② 検査の際の領収書原本 ※返却希望の方は保健センターへ要相談 (氏名、検査年月日、検査方法、風しん抗体検査の領収金額、医療機関名の記載のあるもの) ③ 風しん抗体検査結果表の写し(結果のわかる書類の写し) ④ 通帳等の振込先口座番号のわかるもの ※郵送申請の場合、「④通帳等の振込先口座番号のわかるもの」の提出は不要
申請場所	刈谷市保健センター(子育て支援課) 窓口又は郵送にて申請 所在地 〒448-0858 刈谷市若松町3-8-2 電話 0566-23-8877 FAX 0566-26-0505

※愛知県の制度については、愛知県ホームページをご覧ください。

衣浦東部保健所(0566-21-4797)にお問い合わせください。

※ご不明な点がございましたら、保健センターまでお問合せください。

令和8年度 刈谷市風しん《予防接種》費用一部助成のお知らせ

※風しん抗体検査費用助成については裏面をご覧ください

◇対象者

下記の①から④まで全てに該当する人のうち

- ① 風しん予防接種時に刈谷市に住民票のある人
- ② 今までに風しんにかかったことのない人
- ③ 風しん予防接種を一度も受けたことのない人
- ④ 風しん抗体検査において抗体価が低い人
(HI法 16倍以下、EIA法 8.0未満相当)



申請書兼請求書は
こちらからダウン
ロードできます。

※抗体検査は妊婦健康診査における抗体検査等、令和8年3月31日以前のものでも可

- 1 妊娠を希望する女性
- 2 妊娠を希望する女性の夫（事実婚を含む）
- 3 妊娠中の女性の夫（事実婚を含む）

- (注意) 1. 抗体検査をせずに予防接種した場合は助成の対象となりません。
2. 現在妊娠している人、妊娠の可能性のある人は接種できません。
3. 女性は、予防接種後2か月間は妊娠を避けてください。

◇申請方法

	<ul style="list-style-type: none">・助成回数は1人につき1回です。過去に費用助成を受けた場合は対象になりません。・予防接種を受け、費用を支払った後、刈谷市保健センターに申請をしてください。・医療機関は、市内外を問いませんので、ご希望の医療機関でお受けください。
予防接種期間 及び申請期間	令和8年4月1日から令和9年3月31日まで
ワクチンの種類	風しん単独ワクチン 麻しん風しん混合ワクチン(MRワクチン)
助成額	接種費用として助成対象者が負担した額とし、5,000円を上限とします。 (接種日時点で市民税非課税世帯または生活保護受給世帯の人は10,000円を 上限とします。) ※助成金は、記入された口座に、決定通知書送付後約1か月～1か月半後に振り 込みます。
必要書類	① 刈谷市風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書 (来所時に記入していただきます。) ※ダウンロード可 ② 接種の際の領収書原本 ※返却希望の方は保健センターへ要相談 (氏名、接種年月日、予防接種のワクチンの種類、予防接種の領収金額、医療 機関名の記載のあるもの) ③ 風しん抗体検査結果表の写し(結果のわかる書類の写し) ④ 通帳等の振込先口座番号のわかるもの ※郵送申請の場合、「④通帳等の振込先口座番号のわかるもの」の提出は不要
健康被害の救済措置	国、市の補償はありません。 独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)の医薬品副作用被害救済制度 があります。(独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づくものです)
申請場所	刈谷市保健センター(子育て支援課) 窓口又は郵送にて申請 所在地 〒448-0858 刈谷市若松町3-8-2 電話 0566-23-8877 FAX 0566-26-0505

※ご不明な点がございましたら、保健センターまでお問合せください。