

平成26年度北海道風しん抗体検査事業補助金交付要綱

（事業の目的）

- 1 平成26年度北海道風しん抗体検査事業補助金（以下「補助金」という。）の交付については、妊娠を希望する出産経験のない女性等の風しん抗体検査を推進することにより、先天性風しん症候群の発生の予防を図ることを目的とし、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和30年法律第179号）、北海道補助金等交付規則（昭和47年4月1日北海道規則第34号）、及び感染症予防事業費等国庫負担（補助）金交付要綱（平成20年12月19日厚生労働省発健第1219002号）の規定によるほか、この要綱に定めるところにより、予算の範囲内において交付する。

（補助対象者）

- 2 この補助金の補助対象者は、北海道（札幌市、小樽市、函館市及び旭川市を除く。）に住所を有する次に掲げる者であって、医療機関において風しん抗体検査を受検した者とする。ただし、過去に風しん抗体検査を受けたことがある者、明らかに風しんの予防接種歴がある者及び検査で確定診断を受けた風しんの既往歴がある者を除くものとする。

（1）妊娠を希望する出産経験のない女性

（2）（1）の者で、かつ、風しん抗体ができない者の配偶者（事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。以下同じ。）

（3）（1）の者で、かつ、風しん抗体ができない者の同居者（生活空間を同一にする頻度が高い者。以下同じ。）

（4）風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者

（5）風しんの抗体価が低い妊婦の同居者

（補助対象経費及び補助率）

- 3 この補助金の補助対象経費は、補助対象者が、風しん抗体検査に要した費用とする。補助率は10分の10以内とし、一人当たり6,690円を限度として補助する。

（補助対象期間）

- 4 この補助事業は、「北海道補助金等交付規則の運用について」（昭和47年4月1日付け局総第303号副出納長通達）第3条関係の1の規定に基づき行う告示（以下「告示」という）の日から平成27年3月31日までに実施した風しん抗体検査を対象とする。

（補助金の交付申請の方法）

- 5 この補助金の交付の申請をしようとする者は、告示の定めるところにより、北海道風しん抗体検査事業費補助金交付申請書（保福第380号様式）（以下「申請書」という。）に次に掲げる書類を添付して、補助対象者の住所地を所管する総合振興局長又は振興局長を経由し、知事に申請しなければならない。

（1）風しん抗体検査に係る領収書又は領収証明書等のこれに代わる書類

（2）住所地及び同居の状況が確認できる書類の写し

（申請時期）

- 6 この事業の補助金の申請は、平成27年3月31日までに行うものとする。

（交付の決定）

- 7 総合振興局長又は振興局長は、申請書を受理したときは、内容を確認して、知事に進達する。知事

は、速やかに審査を行い、交付が適当と認めるときは、別記様式1により交付の決定を行い申請者に通知するものとする。

また、審査の結果、交付が不適当と認めるときは、不交付決定通知書（別記様式2）をもって申請者に通知することとする。

（交付の条件）

8 この補助金の交付の決定には、次の条件を付すものとする。

- （1） 虚偽の申請その他不正な行為があった場合は、この補助金の決定の全部又は一部を取り消し、当該取消しに係る部分に関し、既に補助金があるときは、その返還を命ずることがある。
- （2） 補助金の返還を命ぜられ、これを納期日までに納付しなかったときは、納期日の翌日から納付の日までの日数に応じ、その未納付額（その一部を納付した場合におけるその後の期間については、その納付金額を控除した額）につき年10.95パーセントの割合で計算した違約延滞金を道に納付しなければならない。

（補則）

9 この要綱に定めるほか、北海道風しん抗体検査事業の実施に必要な事項は別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、平成26年6月24日から適用する。

北海道風しん抗体検査事業補助金交付申請書

平成 年 月 日

北海道知事 様

申請者住所
申請者氏名
電話番号

印

次のとおり、風しんの抗体検査を受けましたので、抗体検査に係る費用に対し、補助金の交付を申請します。
なお、この申請に関して不明な点がある場合は、北海道が、直接、実施医療機関へ照会を行うことに
【1 同意します。 2 同意しません。】

検査を受けた人の氏名		性別	生年月日				
フリガナ		男 ・ 女	昭和				
氏	名		平成	年	月	日	(歳)
住所		電話番号					
対象区分							
<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する出産経験のない女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する出産経験がなく、かつ、風しん抗体ができない女性の配偶者（事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む） <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する出産経験がなく、かつ、風しん抗体ができない女性の同居者 <input type="checkbox"/> 妊婦（風しんの抗体価が低い）の配偶者 <input type="checkbox"/> 妊婦（風しんの抗体価が低い）の同居者							
検査結果							
<input type="checkbox"/> 十分な抗体があると診断された。 <input type="checkbox"/> 抗体価が低いため、予防接種を勧められた。 <input type="checkbox"/> 検査結果がまだ明らかになっておりません。 * 申請時、検査結果が明らかでない場合、後日、申請者様に照会させていただきます							
申請額							
_____ 円							
受取金融機関							
銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種別 1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他					
フリガナ 口座名義人		口座番号					
氏	名						
医療機関証明欄 風しん抗体検査を実施し、同日に下記のとおり領収したことを証明します。							
医療機関所在地 医療機関名・代表者名	医療機関代表者印	検査実施日 (採血日)	平成 年 月 日				
		検査方法					
		検査費用	円				

注 意 事 項

〈風しん抗体検査事業補助金を申請される方へ〉

- 1 本事業の検査費は、検査を受けた方が、直接北海道に請求する手続きを取る必要があります。この申請書を作成後、領収書に住所地及び同居の状況がわかる書類の写し（健康保険証写等）を添えて、最寄りの道立保健所（支所）に申請して下さい。（郵送可）
- 2 風しん抗体検査事業は、平成27年3月31日までの間に実施した検査について対象となります。なお、申請が可能な提出期限日は、平成27年3月31日までとなっております。
- 3 この補助金の申請者は、検査を受けた方となります。なお、検査を受けた方が未成年者である場合と検査を受けた方が亡くなられた場合に限り、検査を受けた方以外の方（同居をされていて養育をしている人、相続人等）が申請することができます。その場合には、検査を受けた方との関係を証明する書類（住民票、健康保険証、除籍謄本等）を提出してください。
また、申請書に記載する「受取金融機関」欄は、申請者名義の口座としてください。
- 4 申請内容について照会を行うことがあります。道が、直接、医療機関へ照会を行うことに同意いただける場合は、「1 同意します。」を○印で囲んでください。なお、検査結果につきましては、申請時、明らかにされていない場合、後日、直接申請者様にお電話で照会いたしますのでご了承願います。
- 5 申請書には医療機関等に検査費を支払った際の領収書（原本）を添付するか、もしくは申請書の医療機関証明欄に医療機関からの証明を受けていただくことが必要です。
（注）申請書に添付する領収書を確定申告等で使用する場合には、必ず申請時に保健所に申し出てください。申請窓口で領収書の原本確認をした後、返却を受けることができます。
ただし、領収書の金額すべてが払戻の対象である場合、領収書の原本は返却はいたしません。また、申請書提出後の領収書返却はできませんので注意してください。
- 6 申請額欄について、申請額は風しん抗体検査に要した費用（当該費用が6,690円を超えるときは6,690円）を記載してください。
- 7 医療機関で実施した検査費用につきましては、風しん抗体検査に要した費用を、6,690円を限度として、1回分のみ交付いたします。
- 8 この申請書に係るお問い合わせは、最寄りの道立保健所ほか、下記にお問い合わせ願います。

【連絡先】

北海道保健福祉部健康安全局地域保健課感染症グループ

電話 011-204-5253

北海道風しん抗体検査事業チェックシート

このチェックシートは抗体検査を行うにあたって事業対象者に該当するかどうか事前に判断しますので記載願います。

注：本事業は、札幌市、小樽市、函館市、旭川市以外の北海道在住の方が対象となります。

なお、4市の市民につきましては、それぞれの自治体において事業を実施しておりますので、お問い合わせ願います。

検査を受ける人の氏名	性別	生年月日
	男・女	昭和 平成 年 月 日 (歳)
住所 (市町村名のみ記載)		
<p>当てはまるものにチェック(☑)してください。</p> <p>1 どの受検資格に該当しますか。</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 妊娠を希望する出産経験のない女性</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 妊娠を希望する出産経験がなく、かつ、風しん抗体ができない女性の配偶者 (事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 妊娠を希望する出産経験がなく、かつ、風しん抗体ができない女性の同居者</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 妊婦(風しんの抗体価が低い)の配偶者</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 妊婦(風しんの抗体価が低い)の同居者</p> <p>2 過去に抗体検査を受けたことがありますか。</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あり</p> <p>3 過去に風しんの予防接種を受けたことがありますか。</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あり(1回・2回)</p> <p>4 過去に検査で確定診断を受けた風しんの罹患歴がありますか。</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あり</p>		

*このチェックシートで知り得た個人情報、本事業以外には使用しないことを申し添えます。

2, 3, 4の回答について、以下のいずれかにあてはまる方は、本事業の対象となりません。

- 2 あり
- 3 あり(2回)
- 4 あり

風しん抗体検査費用を助成します

平成24年から平成25年にかけて、全国で風しんが大流行し、北海道においても、平成25年に109人と前年の約5倍の患者数が報告されました。

また、風しんの免疫を保有していない女性が妊娠中に感染すると、胎児が、白内障、先天性心疾患、難聴を主な症状とする「先天性風しん症候群」になる可能性があります。

道では「先天性風しん症候群」の発生を防止するための対策として、風しん抗体検査を行っており、費用の助成を行います。

北海道が行う風しん抗体検査事業の内容

1 事業対象者

北海道に住所を有する方でいずれかの項目に該当する方

(札幌市、小樽市、函館市、旭川市に住所地のある方は除きます。)

- ・妊娠を希望する出産経験のない女性
- ・妊娠を希望する出産経験がなく、かつ風しん抗体ができない女性の配偶者(婚姻関係と同様の事情にある方も含みます)並びに同居者
- ・風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者・同居者

*ただし、過去に風しん抗体検査を受けたことがある、過去に2回の風疹の予防接種を受けている、検査により風しんと判断されたことがある方は除きます。

2 助成費用

検査方法によって変わります。

EIA法 6,690円 HI法 5,250円(どちらかの検査方法により1回のみ)を限度として助成します。

(一旦、協力医療機関に検査費用をお支払いいただきます。)

3 申請書類

北海道風しん抗体検査事業補助金交付申請書と領収書、並びに住所を証明する書類の写(健康保険証写、運転免許証写、はがき写等、なお、同居者の場合はご自分の住所地と対象女性の住所を証明する書類の写が必要)を持って、住所地の道立保健所(又は支所)に提出してください。

4 実施期間

平成26年6月24日から平成27年3月31日まで

5 申請書提出期限 平成27年3月31日

6 検査実施場所

別添の協力医療機関において実施しております。事前に検査可能日、時間等ご確認ください。

【お問い合わせ先】

〇〇市〇〇町〇〇-〇〇

北海道〇〇保健所健康推進課

電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

北海道医師会（FAX：011-241-3090）またはご所属の郡市医師会にご提出願います。

北海道風しん抗体検査事業参加届出書

平成 26 年 月 日

医療機関名	
医療機関住所	(〒 -)
電話番号	() —
医師会名	

留意事項

本届出書を提出いただきますと北海道風しん抗体検査事業の協力医療機関として北海道のホームページ等で公表されます。

また、風しん抗体検査を下記の検査料で実施いただき、対象者から費用を受領することに同意されたこととなりますのでご承知お願います。

札幌市、函館市、小樽市、旭川市内の医療機関が他の自治体の住民に対して実施する場合も同様となります。

記

検査料	E I A 法	6, 6 9 0 円
	H I 法	5, 2 5 0 円

第一次提出締め切り：平成26年6月13日（金）

※6月13日（金）以降も、随時受け付けております。

(北海道風しん抗体検査事業の流れ)

