令和7年度

おとな

上言予防疫車賞。抗体疫車賞の一部を助成します!

種類	麻しん 水痘 おたふくかぜ	麻しん 水痘 おたふくかぜ	風しん	帯状疱疹	
	抗体検査	予防接種			
対象者 (すべてに該当する方)	□検査日に吉田町に住民登録がある方	回接種日に吉田町に住民登録がある方	口接種日に吉田町に住民登録がある方	口接種日に吉田町に住民登録がある方	
	□妊娠・出産を希望し、 検査日に18歳以上39歳以下の女性	□妊娠・出産を希望し、 接種日に18歳以上39歳以下の女性	□①~③のいずれかに該当し、 風しん抗体価の低い方(裏面参照※2) ①妊娠を予定、または希望している女性	□50歳以上の方 ※ <u>ただし、令和7年度に定期接種対象者ではない方</u>	
	□抗体検査を受けた方	□抗体検査の結果、抗体価が低い方(裏面参照※1)	②上記①の夫および同居家族 ③妊娠している女性の夫または同居家族	□予防接種を受けた方	
		□予防接種を受けた方 	 □予防接種を受けた方		
		※ただし、吉田町風しん予防接種助成にて 麻しん・風しん混合ワクチン 接種費の助成をうけた方、および「妊娠中」若しくは「妊娠している可 能性がある方」は除く	※ただし、「妊娠中」若しくは「妊娠している可能性がある方」は除く		
申請期間	検査日から6か月以内に申請	接種日から6か月以内に申請			
助成上限額	各5,000円 (町民として1回まで助成)	麻しん →10,000円 水痘 →8,000円 おたふくかぜ →6,000円 (町民として各種1回まで助成)	10,000円 (町民として1回まで助成)	生ワクチン(1回接種で1セット) →4,000円 不活化ワクチン(2回接種で1セット) →1回につき10,000円 ※不活化ワクチンの場合は1セット2万円が上限です (町民としてどちらか1種、1セットまで助成)	

★申請は下記を揃えて期間内に保健センター(平日8:15~17:00)へ 提出してください。

『吉田町任意予防接種等助成金(償還払い)交付申請書』に申請時に下記を添付して提出してください。

- ▶申請書は被接種者の氏名で提出してください。申請書の口座は、被接種者の名義となります。
- □検査や接種を受けたことを証明する書類 (検査結果・母子手帳の記録・接種済証など)
- □検査や接種にかかる領収書 (被検査者・被接種者の氏名、支払金額、接種日、ワクチン名、医療機関が記載されているもの)
- □助成対象者(申請者=被接種者)名義の振込口座が分かるもの(通帳等)

妊娠中にこれらの病気にかかると、流産や早産、 また胎児に影響を与える危険性が高くなります。 妊娠前に抗体検査・予防接種を受けて免疫を高 めておくことを推奨します。





申請書は保健センター窓口または、 こちらからもダウンロードできます▶

★申請までの流れ(麻しん・水痘・おたふくかぜ・風しんの場合)

①医療機関で抗体検査をうける ②医療機関で予防接種をうける ③申請書に必要書類を添えて 抗体なし (麻しん・水痘・おたふくかぜ) (医療機関の指定はありません) 接種日から6か月以内に保健センターへ提出 今医療機関の指定はありません。 (風しん) →県の「風しん抗体検査事業」により、対象者 ②予防接種の必要はありません は事前に申請することで無料で抗体検査をう 抗体あり 抗体検査費用の助成を希望する方は、 けることができます。詳細は(中部保健所地域 申請書に必要書類を添えて検査日から6か月以内に保健センターへ提出 医療課 054-644-9273)までお問い合わ ※町での風しんの抗体検査費助成はありません せください

★申請きでの流れ(帯状疱疹の場合)

①医療機関で予防接種をうける (医療機関の指定はありません) ②申請書に必要書類を添えて 接種日から6か月以内に保健センターへ提出 ※不活化ワクチンの場合は、2回接種が完了した日から6か月以内

(参考)

※1 ウイルス抗体価検査結果(判定に該当する方が対象です)

ウイルス名	検査方法	判定
	EIA法-lgG	16.0未満
麻しん	PA法	256倍未満
MACA	NT法	8倍未満
	CLEIA法	14.0未満
水痘	EIA法-lgG	4.0未満
•	IAHA法	4倍未満
帯状疱疹	NT法	4倍未満
おたふくかぜ	EIA法-lgG	4.0未満

※2 風しん抗体価検査結果(判定に該当する方が対象です)

検査方法		判定	お知らせ	
HI法		16倍以下		
EIA法	ルベラIgG抗体	8.0未満		
	風疹/IgG抗体	30未満		
ELFA法		45未満	抗体価がないか、感染予防に十分な抗体価を もっていないと考えられますので、風しんの	
LTI法		30未満		
CLEIA法	ルベラIgG抗体 ・風疹/IgG抗体	45未満	予防接種をうけることをお勧めします。	
	風疹/IgG抗体	14.0未満		
FIA法	BioPlex MMRV IgG抗体	3.0未満		
	BioPlex ToRC IgG抗体	30未満		