

令和7年度 明石市風しん抗体検査・予防接種のご案内

妊娠初期の女性が風しんに感染すると、お腹の赤ちゃんに心臓病、白内障、聴力障害などの「先天性風しん症候群(CRS)」と呼ばれる病気が発生することがあります。妊婦は風しんの予防接種を受けることができないため、妊娠前の女性や周囲の人が風しんに対する免疫を持つことで、CRS発生の予防に繋がります。

まずは**抗体検査で風しんに対する免疫があるかを確認し、抗体が不十分な場合には予防接種**を受けましょう！

実施期間 令和7年4月1日～令和8年3月31日

対象者 (明石市民) ・ **妊娠を希望する女性** または **同居家族**
・ **妊婦の同居家族**

※過去に本制度を利用したことがある方、未就学児、風しん第5期定期接種の抗体検査または予防接種を受けた記録がある方を除く

STEP① 抗体検査

受診医療機関

裏面「明石市風しん抗体検査指定医療機関一覧表」のとおり

受診方法

※事前申請が**必要**

市発行の**クーポン券**、受診票と健康保険証等の本人確認書類を指定医療機関に提出して、抗体検査(血液検査)を受けてください。後日、医療機関より検査結果※が返却されます。
※接種費用の助成を受ける場合、必要となりますので必ずお受け取りください。

1人1回限り
無料
※クーポン券使用の場合

クーポン券の申請はこちらから /



クーポン券をお持ちでない方は、右の二次元コードまたは保健予防課窓口、電話にてお申し込みください。

STEP② 予防接種

接種医療機関

指定なし(市内医療機関に限りません。)



1人1回限り
予防接種を推奨すると判定された方のみ

①風しん抗体検査の結果を医療機関に提示して予防接種を受け、**医療機関が提示する接種費用をいったん全額お支払い**ください。
※接種費用は医療機関により異なります。

②必要書類を準備し、**右の二次元コードより助成金を申請**してください。
※紙での申請をご希望の方は保健予防課へご連絡ください。

助成金の申請はこちらから /



接種～申請方法

※事前申請は**不要**

必要書類	必要な内容
風しん予防接種の領収書	被接種者氏名、接種医療機関名、接種費用、領収日
接種したことが分かる書類(予防接種済証や予診票など)	接種日、使用ワクチン名(MRまたは風しんワクチン)
抗体検査の結果表	助成対象となる風しん抗体価(HI法16倍以下相当)

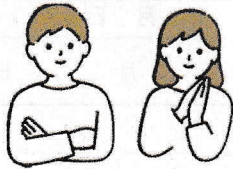
③市で審査後、指定口座へ助成金(市が定める金額5,000円または接種にかかった費用の**いずれか低い額**)を約6～8週間で振入します。

助成金申請期限は、**令和8年5月11日(必着)**です。

【お問い合わせ】明石市 保健予防課

〒674-0068 明石市大久保町ゆりのき通1丁目4-7 あかし保健所内
電話 078-918-5668 FAX 078-918-5584

風しん予防接種費用の一部を



助成します！

申請
期限

令和8年

5月11日

対象者

次の①②いずれかに当てはまる方のうち

抗体検査で「予防接種を推奨する(HI法16倍以下相当)」と判定された明石市民

- ① 妊娠を希望する女性またはその同居家族
- ② 妊婦の同居家族

※ただし、次のいずれかに当てはまる方は除きます。
 ・過去に本制度を利用したことがある方 ・未就学児
 ・風しん第5期定期接種における抗体検査(HI法16倍以上相当)または予防接種の記録がある方
 (昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生の男性のみ)

助成金額

5,000円 または 接種にかかった費用 のいずれか低い額

対象となる予防接種

令和7年4月1日～令和8年3月31日までに受けた
MR(麻しん風しん混合)ワクチン または 風しんワクチン

接種～申請方法

- (1)風しん抗体検査の結果を医療機関に提示して予防接種を受けてください。※予防接種を受ける医療機関に指定はありません。
- (2)医療機関が提示する接種費用をいったん全額お支払いください。※接種費用は医療機関により異なります。
- (3)必要書類を準備し、右下の二次元バーコードより申請してください。

※紙での申請をご希望の方は裏面の様式を記入し必要書類を添付して保健予防課へご提出ください。(郵送可)

必要書類	必要な内容
風しん予防接種の領収書	被接種者氏名、接種医療機関名、接種費用、領収日
接種したことが分かる書類 (予防接種済証や予診票など)	接種日、使用ワクチン名 (MRまたは風しんワクチン)
抗体検査の結果表	助成対象となる風しん抗体価 (HI法16倍以下相当)



助成金の申請は
こちらから

- (4)市で審査後、指定口座へ約6～8週間で助成金を振込します。



下記に当てはまる方は予防接種を受けることはできません

- ・妊娠中または妊娠している可能性のある方 ※接種後は少なくとも2か月の避妊が必要です。
 - ・接種当日に明かな発熱(37.5度以上)のある方
 - ・重篤な急性疾患にかかっている方
 - ・過去に使用するワクチンの成分によりアナフィラキシーを起こしたことがある方
- また、上記以外にも接種医の判断により予防接種を受けることができない場合があります。
 基礎疾患がある等、予防接種に注意が必要な方は、必ず事前に接種医へご相談ください。

お問い合わせ・請求書提出先 明石市保健予防課

〒674-0068 明石市大久保町のき通1丁目4-7 あかし保健所内
電話 078-918-5668 FAX 078-918-5584

明石市風しん予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

ご注意ください!!

本書の提出期限は、予防接種を受けた日の属する年度の末日から起算して6週です。

※太枠内をご記入ください。

フリガナ	生年月日		
被接種者氏名	年	月	日
対象者区分	※いずれかに✓をつけてください。		
<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性（本人）			
<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の同居家族（同居中の女性氏名： _____ 続柄 _____）			
<input type="checkbox"/> 妊婦の同居家族（同居中の妊婦の氏名： _____ 続柄 _____）			
接種したワクチン	接種年月日	接種医療機関名	予防接種に要した費用
風しん単独ワクチンまたは麻しん風しん混合(MR)ワクチン	年 月 日		円
明石市長様	請求金額		円
	※5,000円または接種にかかった費用のいずれか低い額		
上記予防接種に要した費用について、関係書類を添えて申請するとともに請求します。			
審査に際し、申請者及び被接種者や同居家族にかかる住民登録情報を閲覧することを承諾します。			
申請者及び請求者	郵便番号	年 月 日	
(本人・保護者等)	住所		
	氏名	(続柄)	印
	電話番号		

捺印

同じ印鑑を押印してください。

次の名義の口座に、口座振替による支払いを依頼します。

なお、請求者と口座名義人が異なる場合は口座名義人に受領委任します。

振込先 金融機関	銀行	本店	金融機関コード	店番
	信用金庫	支店		
	農協	出張所		
	普通	口座番号(右づめで記入)	フリガナ	
	当座		口座名義人	

<添付書類>

①～④すべて

※④は同居家族の接種にあたって、該当する場合のみ

- ① 予防接種を受けたことが分かる書類のコピー
※予診票など接種日、接種医療機関、使用ワクチンが記載されたものに限る。
- ② 予防接種に係る医療機関発行の領収書の**原本**
- ③ 風しんの抗体が不十分（H I 法16倍以下相当）であることが分かる検査結果のコピー
※過去に妊娠・出産の経験のある方は母子健康手帳でも可。
- ④ 「被接種者本人」と「同居する女性」の住民票上の住所地が異なる場合のみ、
「被接種者本人」と「同居する女性」の本人確認書類のコピー

※ゆうちょ銀行の口座を指定される場合

- ・郵便振替に使用する記号番号ではお振り込みできません。
- ・通帳表紙を開いた下側のページの「この口座を他金融機関からの振込みの受取口座として利用される際は、次の内容をご指定ください。」欄に記載されている【店名・店番・預金種目・口座番号】を記入してください。

(記入例) 銀行名：ゆうちょ銀行 金融機関コード：9900
支店名(店番)：四三八(※ご不明な場合は、ゆうちょ銀行にお問い合わせください。)
口座種類：普通 口座番号：1234567(※7桁です)

【明石市処理欄】

- 対象要件 整理番号 _____ ロット番号 _____
- 接種証明書等 領収書(原本) 風しんの抗体価が分かる書類

振込決定額
円