

＜対象者＞ ワクチン接種費用助成の対象となるか確認してください → : はい → : いいえ

ワクチン接種日（1月1日以降）に市に住民登録のある人で、①～③のいずれかに該当しますか

①妊娠を希望する女性 ②妊娠を希望する女性の同居者 ③妊娠している女性の同居者

※胎児に感染する恐れがあるため、妊婦は風しんワクチンの予防接種を受けることはできません。

風しん抗体検査を受けましたか

検査結果は以下のいずれかに該当しますか

- ・ H I 法 16 倍以下
- ・ E I A 法 8.0 未満
- ・ C L E I A 法 14.0 未満

予防接種費用助成対象

風しん抗体検査の結果が必要です  
県の風しん抗体検査助成または自費  
での検査となります。

※県の風しん抗体検査助成の対象  
となるかは、御殿場保健所に直接問い  
合わせてください。

御殿場保健所 医療健康課

☎ (82)1224

抗体検査を受けていない

予防接種費用助成対象外