

＜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（平成31年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

- ・ HI法:16倍以下
- ・ EIA法(ルベラIgG抗体):8.0未満
- ・ EIA法(風疹/IgG抗体):30未満
- ・ ELFA法:45未満
- ・ LTI法:30未満
- ・ CLEIA法(ルベラIgG抗体):45未満
- ・ CLEIA法(風疹IgG抗体):14.0未満
- ・ FIA法(BioPlex MMRV IgG抗体):3.0未満
- ・ FIA法(BioPlex ToRC IgG抗体):30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

抗体検査を受けた

抗体検査を受けていない

予防接種費用助成対象外