

将来 妊娠を希望されている方

## **風しん抗体検査費用を補助します**

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、風しん抗体検査に対して費用の補助を行います。

### 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回の風しんの予防接種を受けている、検査により風しんと診断されたことがある方は除きます。また、配偶者(同居者)との同時受検は補助対象外となります。

#### 2 補助費用

検査方法によって変わります。

E I A法 6, 740円 H I法 5, 350円

(どちらかの検査方法により1回のみ)を限度として補助します。

(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

平成31年度北海道風しん抗体検査事業補助金交付申請書と領収書、及び住所を証明する書類の写し(健康保険証写し、運転免許証写し、はがき写し等、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しが必要)を持って、住所地を所管する保健所(又は支所)に提出してください。

#### 4 実施期間

平成31年4月1日から平成32年3月16日まで

#### 5 申請書提出期限 平成32年3月16日(必着)

#### 6 検査実施場所

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。(協力医療機関以外で検査を受けた場合でも申請することは可能ですが、検査料金が補助限度額を超えた場合は自己負担が発生することがあります。)

### 【お問い合わせ先】

北海道札幌市中央区北3条西6丁目

北海道保健福祉部健康安全局地域保健課

電話011-231-4111(内)25-532