

妊娠を希望されている方へ

## 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。

### 平成30年度北海道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、旭川市に住所を有する方は除きます。)

- ① 妊娠を希望する出産経験のない女性
- ② 妊娠を希望する出産経験がない女性で、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
- ③ 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者・同居者

※ただし、つぎの方は除きます。

- ・過去に風しん抗体検査を受けたことのある方
- ・過去に風しんの予防接種を2回受けている方
- ・検査で確定診断を受けた風しんの既往歴のある方

#### 2 助成費用

検査方法によって異なります。

- ① EIA法 6,700円
- ② HI法 5,300円

\*どちらかの検査方法により1回のみを限度として助成します。

\*協力医療機関に検査費用を先にお支払いいただきます。また、検査方法によって補助の額が異なりますのでご注意ください。

#### 3 申請書類

- ① 平成30年度北海道風しん抗体検査事業補助金交付申請書
- ② 風しん抗体検査に係る医療機関の領収書又は領収証明書
- ③ 住所地为を証明する書類の写(健康保険証写、運転免許証写、はがき写等、なお、同居者の場合はご自分の住所地と対象女性の住所地为を証明する書類の写が必要です。)

#### 4 申請方法

上記、申請書類を持参し、住所地の道立保健所（室蘭市、登別市、伊達市、豊浦町、洞爺湖町、壮瞥町に在住の方は室蘭保健所）に提出してください。

#### 5 実施期間

平成 30 年 4 月 1 日 から 平成 31 年 3 月 15 日 まで

#### 6 申請書提出期限

平成 31 年 3 月 15 日（必着）

#### 7 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。

※ 協力医療機関一覧については、北海道ホームページ「平成 30 年度 風しん抗体検査事業」を参考としてください。

◎北海道ホームページ「平成 30 年度 風しん抗体検査事業」

<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kth/kak/fuushinkoutaikensa.htm>

◎北海道ホームページ「風しんについて」

<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kth/kak/kuushin2.htm>

#### 【お問い合わせ先】

北海道室蘭市海岸町 1 丁目 4 番 1 号むろらん広域センタービル 2 階

北海道胆振総合振興局保健環境部保健行政室（北海道室蘭保健所）健康推進課保健係

電話：0143-24-9843