

妊娠を希望する女性への 風しん抗体検査・予防接種費用の助成

須賀川市では、生まれてくる赤ちゃんの先天性風しん症候群予防のため、妊娠を予定している女性などを対象に、風しん抗体検査及びワクチン接種の費用を助成します。

対 象 者	接種日（抗体検査日）に須賀川市民で、次の①～③いずれかに該当する人 <u>※検査や接種を受ける人が実施期間中に1度でも本助成を利用したことがある場合は、対象となりません。</u> ① 妊娠を予定している女性 ※妊娠中の人は予防接種を受けることができません。 ※接種前1か月間・接種後2か月間は妊娠を避けましょう。 ② 妊娠を予定している女性のパートナー ※①の対象者に抗体がないと確認され、かつワクチンに対してアレルギーがある場合など、やむをえない事情により予防接種を受けることができない場合のみ、パートナーの男性が対象となります。 ③ 妊婦のパートナー（婚姻関係を問わない）及び同居している家族 ※妊婦自身に風しん抗体がある場合は対象外となります。 （注意）抗体検査の結果が、<u>H I 法 32 以上・E I A 法 8 以上</u>の場合は、十分な抗体があるとみなし、ワクチン接種は行いません。
実施期間	令和8年4月1日（水） ～ 令和9年3月31日（水）
助 成 額	抗体検査・予防接種の費用を助成（裏面◆を参照） ※実施期間中に各1回ずつ（抗体検査を優先して実施します。）
実施場所	市指定医療機関（裏面をご覧ください） ◎市指定医療機関以外で抗体検査・ワクチン接種をする場合は、 <u>事前に手続きが必要です</u> 。健康推進課（0248-88-8122）へお問合せください。
実施方法	裏面に記載がある市指定医療機関へ電話等でご予約のうえ、抗体検査及びワクチン接種を受けてください。
医療機関に 持参する物	抗体検査及びワクチン接種の際は、以下の書類を忘れずにお持ちください。 ■現住所を確認できるもの（運転免許証など） ■<u>予防接種を受けるときは、抗体検査の結果がわかるもの</u> ■<u>対象者③の人のみ：妊婦の母子健康手帳の写し</u> （表紙及び妊婦の風しん抗体検査結果の部分） ※予診票は医療機関にありますので、接種時にご記入ください。 ※接種を受ける人でご自身の母子健康手帳をお持ちの人はお持ちください。 医療機関にて接種記録を確認・記入します。

この予防接種は、本人の希望により受けるものであり、法律上の義務はありません。

指定医療機関

（抗体検査・接種の際は、事前に電話等で医療機関にご確認ください）

【 須 賀 川 市 】

令和8年度

医 療 機 関 名	所 在 地	電 話	医 療 機 関 名	所 在 地	電 話
あすなろこどもクリニック	西山寺町 228	63-2711	さとう心療内科	山寺町 37	63-3673
あづまクリニック	前川 52-1	72-3755	須賀川南クリニック	広表 77-1	94-8135
あべ内科医院	木之崎字寺前 77-6	69-1122	関根医院	影沼町 226-3	73-1035
池田記念病院	森宿字狐石 129-7	75-2165	高橋整形外科	塚田 142	75-6131
石川内科	下宿町 57	63-9020	西間木医院	和田字弥六内 356-4	76-3400
大町診療所	須賀川市大町 403-9	94-6807	橋本医院	越久字三斗内 76	75-5161
折笠クリニック	東作 146-7	72-7065	ブナの木内科診療所	矢沢字天神 210	66-1550
春日クリニック	東町 119-2	75-3551	までい内科クリニック (旧：渡辺内科胃腸科クリニック)	山寺町 162	76-5511
黒澤医院	森宿字鍛冶山 36-10	76-3388	南東北春日リハビリ テーション病院	南上町 123-1	63-7299
公立岩瀬病院	北町 20	75-3111	みやのもりクリニック	森宿字横見根 13-3	72-1222
国分内科クリニック	中宿 445	73-1155	矢部医院	大町 280	75-2069
国立病院機構 福島病院	芦田塚 13	75-2131	山田クリニック	越久字三斗内 75-1	63-0101
小橋クリニック	仁井田字大谷地 172-3	72-1555	吉田医院	上北町 96-1	76-2117
こんの小児科	中宿 346	76-5010			

【 鏡 石 町 】

【 天 栄 村 】

岡ノ内クリニック	鏡石町岡ノ内 306	62-1112	田中医院	天栄村下松本字四十壇 9	82-2589
鏡石クリニック	鏡石町本町 201-3	92-2113	天栄クリニック	天栄村飯豊字上原 32	83-1090
つむらやクリニック	鏡石町鏡沼 189-2	62-1616	天栄村国民健康保険 診療所	天栄村湯本字下原 74	84-2005

※医療機関でワクチンが不足する場合は、乳幼児の接種が優先される場合があります。

◆市指定医療機関は全額助成します。ただし、市指定医療機関以外で抗体検査・ワクチンを接種する場合は、次の助成額を超える分は自己負担となります。

- ・抗体検査（HI 法）・・・ 6, 534円 ・抗体検査（EIA 法）・・・ 7, 865円
- ・麻しん・風しん混合ワクチン予防接種・・・ 10, 296円
- ・風しん単独ワクチン予防接種・・・ 6, 754円

お問合せ先：須賀川市健康推進課

TEL.0248-88-8122