

平成25年5月15日

各医療機関

院 長 殿

予防接種担当医 殿

白石市長 風間 康静



風しん及び麻疹風しん予防接種について（依頼）

日頃から、保健事業の推進につきまして、ご指導ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、首都圏で風しんの流行が続いていますが、宮城県内でも患者が発生し、既に昨年1年間の患者数を超える状況となっております。今後、県内で流行が拡大していく可能性があることから、妊娠中の女性の風しんウイルス感染を防ぎ、先天性風しん症候群の発症を予防するため、緊急対策として風しん予防接種費用の半額助成を行います。

つきましては、風しんワクチン及び麻疹風しん混合ワクチンの予防接種について、実施意向を確認させていただきたく、お忙しいところ誠に申し訳ありませんが、5月20日（月）までに別紙調査様式により御回答くださいますようお願いいたします。

記

- 1 対象者 白石市に住所を有する以下の者。
 - ①妊娠を希望されている19歳以上49歳以下の女性及びその配偶者。
 - ②妊娠している女性の配偶者。
- 2 助成内容
 - ・助成回数：1回
 - ・対象ワクチン：風しんワクチン及び麻疹風しん混合ワクチン
 - ・助成金額：接種料金の半額助成
(接種料金については、定期予防接種と同一単価となります。)
- 3 実施期間 平成25年4月1日から平成26年3月31日
- 4 実施方法
 - ①白石市医師会の委託医療機関に対象者が直接予約し、接種する。
委託医療機関は、被接種者から自己負担金（接種料金の半額）を徴収し、助成金額分は、委託料として白石市に請求する。
 - ②既に接種が済んでいる場合は、対象者の申請による償還払いとする。
- 5 周知方法 広報等

※回答は、白石市医師会事務局へFAX（24-5359）にてお願いします。
(別紙調査様式をご記入の上、送信してください。)



<ファックス施行>

あて先 白石市医師会事務局 御中 FAX: 0224-24-5359	件名 風しん予防接種実施の 意向調査 (回答)	送信者 (医療機関名) 塚本内科消化器科
--	-------------------------------	-----------------------------------

※以下の項目をご記入の上、5月20日(月)まで御回答をお願いします。

- 1 風しんワクチン及び麻疹風しんワクチンの実施について
(どちらかを○で囲んでください。)

※対象者：①妊娠を希望する19歳から49歳の女性及びその配偶者
②妊娠している女性の配偶者

実施する

実施しない

- 2 接種日時・曜日・予約等について (実施する場合のみご記入下さい。)

予約制 月～金

時間：16時～17時

<記入例>

- ①予約制 月～土 (土は午前のみ) 時間 9時～12時、14時～16時
②予約制 (前日まで) 月～金 (木は休診日) 時間 15時～16時

- 3 医療機関の名称・所在地・連絡先

医療機関の名称 :	T989-0245 白石市城南1丁目2番39号
所在地 (住所) :	塚本内科消化器科
電話番号 :	TEL 0224 (26) 1 0 2 6 FAX 0224 (26) 1 0 5 6