

## 長久手市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、骨髄移植手術等により接種済みの予防接種法(昭和23年法律第68号 以下「法」という。)に基づく定期の予防接種(以下「定期予防接種」という。)の予防効果が期待できないと医師に判断され、任意で再度、当該予防接種(以下、「予防接種」という。)を再接種する者に対し、予防接種に要する費用の一部を助成することにより、経済的負担を軽減するとともに疾病の発生及びまん延防止を目的とする。

### (助成対象者)

第2条 助成の対象となる者は、次の各号に掲げる要件を全て備える者とする。

- (1) 骨髄移植手術等の理由により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと医師が認めた者であること。
- (2) 予防接種の再接種日において住民基本台帳法(昭和42年法律第81号)に基づき、本市の住民基本台帳に記録されている者であること。
- (3) 接種済みの定期予防接種の接種回数及び接種間隔が、予防接種実施規則(昭和33年厚生省令第27号 以下「実施規則」という。)の規定によるものであること。

### (助成の対象となる予防接種)

第3条 助成の対象となる予防接種は、次の各号に掲げる要件を全て備えるものとする。

- (1) 予防接種法第2条第2項に規定するA類疾病にかかるものであること。
- (2) 使用するワクチンが、実施規則の規定によるものであること。
- (3) 予防接種法施行規則(昭和23年厚生省令第36号)第2条の6の表の上欄に掲げる特定疾病に係る予防接種にあってはそれぞれ同条の規定による年齢に達するまで、それ以外の予防接種にあって

は 20 歳に達するまでの間の接種であること。

(助成金額)

第 4 条 助成金の額は、予防接種に要した費用の額とする。ただし、接種日の属する年度における当該助成の対象となる任意予防接種の対象疾病に係る定期予防接種の本市の委託料単価を上限とする。

(助成対象認定申請)

第 5 条 助成金の支給を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、予防接種を受ける前に、長久手市特別の理由による任意予防接種費用助成対象者認定申請書(様式第 1)に次に掲げる書類を添えて市長に申請しなければならない。

- (1) 特別の理由による任意予防接種費用助成に関する理由書(様式第 2)
- (2) 親子(母子)健康手帳(骨髄移植手術等の理由が生じる以前の定期予防接種の履歴が確認できるもの)又は当該履歴が確認できるものの写し

(助成金認定及び通知)

第 6 条 市長は、前条に規定する申請があった場合は、その内容を審査し、適当と認めるときは長久手市特別の理由による任意予防接種費用助成対象者認定通知書(様式第 3)により、適当と認めないときは長久手市特別の理由による任意予防接種費用助成対象者認定却下通知書(様式第 4)により、申請者に通知するものとする。また、予防接種を実施する医療機関等(以下「予防接種実施機関」という。)に対し、予防接種実施依頼書(様式第 5。以下「依頼書」という。)により当該予防接種を依頼するものとする。

(予防接種の実施)

第 7 条 助成を受けて予防接種を受けようとする者は、予防接種実施機関に依頼書を提出し、予防接種を受けるものとする。

- 2 予防接種実施機関は、依頼書の提出を受けた場合に予防接種予診票の記載内容を確認し、接種を行うものとする。
- 3 接種の有効期限は、特別の理由による任意予防接種費用助成対象者

認定通知書の通知日から起算して1年を経過する日までとする。

(費用の支払い)

第8条 予防接種を受けた者は、予防接種実施機関に対して予防接種に要した費用を支払うものとする。

(実績報告及び助成金の請求)

第9条 第6条に規定する決定通知書を受けた者は、最初の接種を受けた日の属する月の翌月から起算して1年を経過する日までに、長久手市特別の理由による任意予防接種費用助成金実績報告書・請求書(様式第6。「以下「実績報告書・請求書」という。))に次の各号に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

- (1) 予防接種を行った医療機関名、種類及び接種日が記載された領収書
- (2) 予防接種予診票(接種時に使用し、接種医及び保護者の署名等必要事項が記載されているもの)又は予防接種済証(親子(母子)健康手帳の予防接種の記録が記載されているページ等)の写し

(助成金の交付)

第10条 市長は、前条に規定する実績報告書・請求書を受領した場合は、その内容を審査し、適当と認めるときは、長久手市特別の理由による任意予防接種費用助成金確定通知書(様式第7)により、交付すべき助成金の額を助成決定受領者に通知するものとする。

2 前項の審査の結果、適当と認められないときは、長久手市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付却下通知書(様式第8)により申請者に通知するものとする。

(交付決定の取消)

第11条 市長は、助成決定受領者が次の各号のいずれかに該当する場合は、助成金の交付の全部又は一部を取り消すことができる。

- (1) 助成事業に関する申請、報告、施行等について不正な行為があったとき。
- (2) 助成金を交付の目的以外に使用したとき。
- (3) 助成交付の条件に違反したとき。

(4) 前各号に定めるもののほか、助成金の交付が不適切であると市長が認めたとき。

(委任)

第 12 条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の施行に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成 31 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する。

長久手市特別の理由による任意予防接種費用助成対象者認定申請書

年 月 日

長久手市長 殿

申請者 (保護者)

住 所

氏 名

電話番号

— —

長久手市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給要綱第5条の規定に基づき、予防接種を受けたいので申請します。

なお、長久手市長が、この申請に関し、市の保有する私及び私の世帯に関する個人情報を利用することに同意します。また、予防接種等について下記の被接種者に関する必要な情報（疾病の状況等）があるときは、長久手市長がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

被接種者	住 所	〒 —		
	ふりがな		性別	男・女
	氏 名		生年月日	年 月 日 満 歳 か月
医療機関所在地 接種医療機関名		医療機関所在地 医療機関名		
再接種する予防接種の種類 (※接種する項目のうち、1年以内に接種する項目に○を記入してください。)		ヒブ (Hib) 初回 ( 1回目・2回目・3回目 ) ・ 追加		
		小児肺炎球菌 初回 ( 1回目・2回目・3回目 ) ・ 追加		
		B型肝炎 1回目・2回目・3回目		
		BCG		
		不活化ポリオ (IPV) 1期初回 ( 1回目・2回目・3回目 ) ・ 1期追加		
		4種混合 (DPT-IPV) 1期初回 ( 1回目・2回目・3回目 ) ・ 1期追加		
		三種混合 (DPT) 1期初回 ( 1回目・2回目・3回目 ) ・ 1期追加		
		二種混合 (DT) 2期		
		麻しん風しん混合 (MR) 1期 ・ 2期		
		麻しん 1期 ・ 2期		
		風しん 1期 ・ 2期		
		水痘 1回目 ・ 2回目		
		日本脳炎 1期初回 ( 1回目・2回目 ) ・ 1期追加 ・ 2期		
子宮頸がん予防 (HPV) 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目				
初回接種予定日	年 月 日 ・ 未定	備考		

添付書類

- 特別の理由による任意予防接種費用助成に関する理由書 (様式第2)
- 親子 (母子) 健康手帳 (骨髄移植手術その他の理由が生じる以前の定期予防接種の履歴が確認できるもの) 又は当該履歴が確認できるものの写し
- 委任状 (代理の者が申請手続きをする場合)

## 委任状

年 月 日

委任者（保護者） 住所

氏名

電話番号

私は、下記の者を代理人と定め、以下の申請に関する権限を委任します。

### 記

受任者 住所

氏名

電話番号

### 委任内容

以下再接種を受ける者の長久手市特別の理由による任意予防接種費用助成対象者認定の実施申請、実績報告及び請求書の申請

再接種を受ける者 氏名

生年月日 年 月 日

※その他、委任した内容が明確にわかるよう、具体的に記入してください。

※委任状は必ず委任者本人が署名してください。

特別の理由による任意予防接種費用助成に関する理由書

年 月 日

長久手市長 殿

骨髄移植手術等により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できない者について、  
 予防接種の再接種が可能な状態と認められるため、下記のとおり理由書を提出します。

記

接種 対 象 者	住 所	〒 -		
	ふりがな		性別	男・女
	氏 名			
	生年月日	年 月 日		
接種済の定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由		疾病名  該当理由		
再接種する予防接種の種類				
医療 機 関	名 称			
	所在地			
	医師名 (署名又は記名押印)			

第 号  
年 月 日

様

長久手市長

### 長久手市特別の理由による任意予防接種費用助成対象者認定通知書

年 月 日付けで申請のありました長久手市特別の理由による任意予防接種費用助成対象者認定について、長久手市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給要綱第6条の規定に基づき、本通知に記載のある内容で予防接種を受けた場合に、助成を受ける資格があることを認定したので通知します。

記

被接種者	氏名	
	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）
	住所	
予防接種名		
実施医療機関等名		
有効期限	年 月 日までに接種を受けてください。 期限後の接種は、助成の対象外となります。	

同封の予防接種予診票と「予防接種実施依頼書」（実施医療機関等宛）を持参して予防接種を受けてください。

助成金の交付を受けるためには、接種後に「長久手市特別の理由による任意予防接種費用助成金実績報告書・請求書」に予防接種予診票又は予防接種済証（親子（母子）健康手帳の予防接種の記録が記載されているページ等の写し）と接種に要した金額の分かる領収書を添えて、長久手市保健センターへ提出してください。

助成金の請求は、最初の接種日の属する月の翌月から起算して1年以内に請求してください。



第 号  
年 月 日

様

長久手市長

## 長久手市特別の理由による任意予防接種費用助成対象者認定却下通知書

年 月 日付けで申請のありました長久手市特別の理由による任意予防接種費用助成金対象者認定については、下記の理由により却下することに決定したので通知します。

記

- ・ 理 由

年 月 日  
第 号

様

長久手市長

### 予防接種実施依頼書

このことについて、次のとおり予防接種を実施して下さるようお願いいたします。

被接種者	氏名	
	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）
	住所	
予防接種名		
保護者氏名（児童の予防接種の場合）		
有効期限	年 月 日までに接種を受けてください。 期限後の接種は、助成の対象外となります。	

接種完了後は予防接種予診票の写しを被接種者又は保護者にお渡しく下さるようお願いいたします。  
なお、この依頼書は予診票とともに5年間の保存をお願いします。  
接種費用については、本人負担となりますので、接種に要した金額が分かる領収書（接種した予防接種の種類及び単価がわかるもの）を被接種者又は保護者に交付してください。

接種費用は、後日申請により助成金として交付する予定です。

長久手市特別の理由による任意予防接種費用助成金実績報告書・請求書

年 月 日

長久手市長 殿

請求者 住所

氏名

電話

— —

年 月 日付け 第 号にて決定を受けた長久手市特別の理由による任意予防接種費用助成金について、長久手市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給要綱第9条の規定に基づき、下記のとおり報告・請求します。

なお、この申請に関し、長久手市長が市の保有する私及び私の世帯に関する個人情報（住民基本台帳情報、予防接種情報等）を利用することに同意します。

記

1 報告及び請求

被接種者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
接種医療機関	名称			
	所在地		電話	- -
合 計				円

※再接種した予防接種一覧（裏面）に詳細を記載してください。

2 振込先

金融機関名	銀行 農協 信用金庫		店
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
ふりがな 口座名義人			

- (注)
- 1 太枠内を記入してください。
  - 2 振込先は、請求者名義のものにしてください。
  - 3 助成金の額は、予防接種に要した費用の額とする。ただし、接種日の属する年度における当該助成の対象となる任意予防接種の対象疾病に係る定期予防接種の本市の委託料単価を上限とする。
  - 4 添付書類
    - (1) 予防接種を接種した医療機関名、予防接種の種類及び接種日が記載された領収書
    - (2) 予防接種予診票(接種時に使用し、接種医及び保護者の署名等必要事項が記載されているもの)又は予防接種済証の写し
  - 5 請求期限  
請求は最初の接種日の属する月の翌月から起算して1年以内に提出してください。

再接種した予防接種一覧

被接種者	ふりがな	生年月日	年 月 日	
	氏名			
接種日	受けた予防接種の種類	接種費用① (支払い金額)	助成上限額②	助成金 交付決定額 (①と②で少ない 額)
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
合 計				円

太枠内を記入してください。  
 接種は 年 月 日までに受けてください。期限後の接種は助成の対象外となります

年 第 号  
月 日

様

長久手市長

長久手市特別の理由による任意予防接種費用助成金確定通知書

年 月 日付けで申請のあった任意予防接種費用助成金について、下記のとおり交付を決定しましたので、長久手市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給要綱第10条の規定により、通知します。

記

助成金確定額 \_\_\_\_\_ 円

様式第 8 (第 10 条関係)

年 第 号  
月 日

様

長久手市長

### 長久手市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付却下通知書

年 月 日付けで申請のあった長久手市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付については、長久手市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給要綱第 10 条第 2 項の規定に基づき、下記の理由により却下することに決定したので通知します。

記

却下の理由