

## 長久手市帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、市民の健康の保持増進を図ることを目的とし、任意の予防接種である帯状疱疹ワクチン予防接種(以下「予防接種」という。)の費用の一部を助成する、長久手市帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成金(以下「助成金」という。)の交付に関して必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

第2条 助成の対象となる者(以下「助成対象者」という。)は、令和6年7月1日以降に予防接種を受けようとする者で、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 予防接種を受ける日において、住民基本台帳法(昭和42年法律第81号)の規定に基づき、本市の住民基本台帳に記録されていること。
- (2) 予防接種を受ける日において、50歳以上であること。
- (3) 既に本要綱に基づく助成を受けていないこと。
- (4) 法令並びに用法及び用量に従って予防接種を受ける者であること。

(助成金の額及び助成回数等)

第3条 助成金の額及び助成回数は別表のとおりとする。助成金は、予算の範囲内において交付するものとし、乾燥組換え帯状疱疹ワクチン(不活化ワクチン)又は乾燥弱毒生水痘ワクチン(生ワクチン)のいずれか一方の予防接種費用に係るものとする。

2 前項の規定にかかわらず、助成対象者が支払った額が同項の助成金の額に満たないときは、助成対象者が支払った額とする。

(予防接種を行う医療機関)

第4条 助成対象者の予防接種は、次に掲げる医療機関で行うものとする。

- (1) 医療法(昭和23年法律第205号。以下「法」という。)に規定する医療機関のうち、市長が助成対象者の予防接種の協力依頼を行い、長久手市帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成事業実施承諾書(様式第1号。以下「承諾書」という。)を市に提出した医療機関(以下「協力医療機関」という。)
- (2) 前号以外の法に規定する医療機関(以下「その他の医療機関」という。)

(助成の申請)

第5条 助成対象者で助成金を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、長久手市帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成申請書(様式第2号)を、予防接

種を受ける日より前に、あらかじめ市長に提出しなければならない。ただし、入院などの理由により、これにより難しい場合はこの限りでない。

(助成の認定及び助成券の交付)

第6条 市長は、申請書を受理したときは、その内容を審査し、相当と認めるときは、協力医療機関で予防接種を受ける申請者には長久手市带状疱疹ワクチン予防接種費用助成券兼代理受領委任状(様式第3号。以下「助成券」という。)を、その他の医療機関で予防接種を受ける申請者には長久手市带状疱疹ワクチン予防接種費用助成金交付請求書(様式第4号。以下「請求書」という。)を交付する。

2 前項の規定による助成券は、発行した日から起算して1年間を有効期間とする。

(費用負担)

第7条 申請者は、協力医療機関で予防接種を受けたときは、当該医療機関に助成券を提出し、自己負担額から第3条に規定する助成金を差し引いた額を支払うものとする。

2 申請者がその他の医療機関で予防接種を受けたときは、自己負担額の全額を当該医療機関に支払うものとする。

(助成金の請求及び受領委任)

第8条 申請者が協力医療機関で予防接種を受け、助成券を提出したときは、助成金の請求及び受領を当該協力医療機関に委任したものとみなす。

(協力医療機関における助成金の請求等)

第9条 申請者から委任を受けた協力医療機関が市に請求することができる額は、第3条に規定する助成金の額とする。

2 協力医療機関は、前項の助成金を請求しようとするときは、予防接種実施月の翌月10日までに、長久手市带状疱疹ワクチン予防接種報告書兼請求書(様式第5号。以下「報告書」という。)及び使用したワクチンのロットシールを貼付した助成券を市長に提出しなければならない。

(協力医療機関への支払い)

第10条 市長は、報告書を受理したときは、その内容を審査し、相当と認めるときは、協力医療機関に助成金を支払うものとする。

(助成金の償還払い)

第11条 申請者が、第7条第2項の規定により予防接種費用の自己負担額の全額を負担した場合は、市長に助成金の交付を請求することができる。

2 前項の規定により助成金の交付を請求しようとする者(以下「請求者」という。)は、請求書に予防接種を実施した医療機関が発行する領収書(明細含む。)及び接種記録が記載されたものの写しを添付し、予防接種接種日の属する年度の末日までに市長に提出しなければならない。

3 市長は、前項の規定による請求書を受理したときは、その内容を審査し、適当と認めたときは、請求者に助成金を支払うものとする。

4 市長は、助成金の交付を行うことが適当でないとき、長久手市带状疱疹ワクチン予防接種費用助成金不交付決定通知書(様式第6号)により、請求者に通知するものとする。

(不正利得の返還)

第12条 市長は、請求者又は協力医療機関が偽りその他の不正な手段により助成金の交付を受けたとき、助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(健康被害の救済に関する措置)

第13条 この要綱に基づく助成の対象となる予防接種に係る健康被害の救済については、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法(平成14年法律第192号)の定めによるものとする。

(その他)

第14条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和6年7月1日から施行する。

別表（第3条関係）

種別	予防接種1回あたりの 助成限度額	1人あたりの 助成回数
乾燥組換え帯状疱疹ワ クチン（不活化ワクチ ン）	10,000円	2回 （ただし、2回目の帯状疱疹ワ クチンの接種を受けようとする ときは1回） （第6条第2項に規定する有 効期間内に限る。）
乾燥弱毒生水痘ワクチ ン（生ワクチン）	4,000円	1回 （第6条第2項に規定する有 効期間内に限る。）

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

長久手市長 殿

申請者 所在地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

医療機関の長  
又は管理者名 \_\_\_\_\_ 印

長久手市帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成事業実施承諾書

長久手市が実施する長久手市帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成事業の実施に関する協力依頼に対して、長久手市帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成事業実施要綱の規定のとおり、協力することを承諾します。

なお、提出日の属する年度末の3か月前までに意思表示のない時は、さらに1年間承諾したものとし、以降も同様とします。

様式第2号（第5条関係）

長久手市帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成申請書

申請日 年 月 日

長久手市帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。なお、長久手市帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成事業実施要綱を遵守します。

記

申請者

住所	〒 ー 長久手市		
フリガナ			
被接種者氏名			
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日		
電話番号			
助成金額等	ワクチン種別		助成回数・助成金額
	どちらか一方のみ	乾燥組換え帯状疱疹ワクチン (不活化ワクチン)	2回×10,000円 *2回目の接種を受けようとするときは1回のみ
		乾燥弱毒生水痘ワクチン (生ワクチン)	1回×4,000円
当該助成を過去に受けたことがありますか。	はい ・ いいえ *過去に一度でも当該助成を受けた方は申請不可		
接種予定医療機関	協力医療機関 ・ その他の医療機関		

同意書

被接種者が長久手市帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成事業実施要綱第2条の規定に該当していることを確認するため、市が保有する個人情報の調査、照会、閲覧について同意します。なお、助成券については他人への譲渡や重複使用などの不正な使用はいたしません。不正な使用をした場合は、助成金を返金いたします。

申請者（被接種者）氏名

担当者記入欄

受付者	助成履歴確認  <input type="checkbox"/> 助成履歴なし	受付印
助成券発行日		
助成券発行者		

様式第3号（第6条関係）

住所

氏名

様

発行年月日	年	月	日
有効期間	年	月	日
生年月日	年	月	日
発行年月日時点			歳

長久手市帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成券兼代理受領委任状

発行者

長久手市長 印

この券は、別紙一覧の協力医療機関での接種時に医療機関窓口にて提示してください。

\* 上記発行日から有効期間までに接種（不活化ワクチンの場合は2回目接種まで）を受けた帯状疱疹予防接種費用を助成対象とします。

\* 有効期間までに長久手市に住民登録が無くなった場合は、その時点から助成対象外となります。

\* 不活化ワクチンの場合は、決められた間隔を守って2回目接種を受けてください。

\* 別紙一覧の協力医療機関以外の医療機関で接種する場合は、この券は使えません。市健康推進課までお問い合わせください。

（長久手市福祉部健康推進課 電話0561-63-3300）

助成券 2回目用	被接種者		番号	
	長久手市帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成事業の助成金受領に係る権限を下記の医療機関に委任します。			
	ワクチン種別 回数 助成額	乾燥組換え帯状疱疹ワクチン (不活化ワクチン) 2回目 10,000円・円	ワクチンロットシールを貼付してください	
	接種年月日		接種費用の総額	円
	接種医療機関			
	発行年月日		有効期間	

助成券 1回(目)用	被接種者		番号	
	長久手市帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成事業の助成金受領に係る権限を下記の医療機関に委任します。			
	ワクチン種別 回数 助成額	乾燥組換え帯状疱疹ワクチン (不活化ワクチン) 1回目 10,000円・円	ワクチンロットシールを貼付してください	
	ワクチン種別 回数 助成額	乾燥弱毒生水痘ワクチン (生ワクチン) 1回 4,000円・円		
	接種年月日		接種費用の総額	円
	接種医療機関			
発行年月日		有効期間		

長久手市長 殿

長久手市帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成金交付請求書

私は、下記のとおり帯状疱疹ワクチン予防接種を受けましたので、助成金の交付について、関係書類を添えて請求します。

記

申請者（被接種者）

住所	〒 ー 長久手市	
フリガナ		
被接種者氏名		
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日	
電話番号		
接種医療機関	所在地	
	医療機関名	
助成ワクチン	接種日	助成金額
<input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）	<input type="checkbox"/> 1回目 年 月 日 <input type="checkbox"/> 2回目 年 月 日	円
<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン）	<input type="checkbox"/> 1回	円
※原則として、被接種者本人の名義の口座としてください。		
振込先金融機関	銀行 農業協同組合 信用金庫	店
口座番号	普通・当座	
フリガナ		
口座名義人		

※添付書類

- 1 医療機関の発行した領収書又は接種費用の支払いが分かる書類
- 2 入金希望する通帳等の写し（銀行・支店名・口座名義・口座番号・通帳預金種別が分かるもの）
- 3 その他市長が必要と認める書類



年 月 日

長久手市長 殿

申請者 所在地 \_\_\_\_\_

医療機関名

医療機関の長  
又は管理者名 \_\_\_\_\_ (印)

長久手市帯状疱疹ワクチン予防接種報告書兼請求書

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて報告し、申請します。

記

乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）	10,000円	×	_____人	=	_____円
乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン）	4,000円	×	_____人	=	_____円

\*助成対象者の接種費用が助成金額に満たない場合は、以下の欄に記入してください。

乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（不活化ワクチン）	_____円	×	_____人	=	_____円
乾燥弱毒生水痘ワクチン（生ワクチン）	_____円	×	_____人	=	_____円

振込先金融機関名 本店・支店名	預金種別	口座番号	(フリガナ) 口座名義
----- 店	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座		

※添付書類

- 1 報告人数分の助成券
- 2 その他市長が必要と認める書類

第 号  
年 月 日

様

長 久 手 市 長

長久手市帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました長久手市帯状疱疹ワクチン予防接種費用助成金については、下記の理由により不交付としたので通知する。

記

不交付とした理由