

## 浜松市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、骨髄移植手術その他の理由により、予防接種法（昭和23年法律第68号。以下「法」という。）に基づき接種した定期の予防接種（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、任意で第4条に規定する予防接種を再接種する者の経済的負担の軽減を図るとともに、疾病の発生及びまん延を予防するため、当該予防接種に要する費用を助成することについて、必要な事項を定めるものとする。

### (予防接種費用助成対象者)

第2条 予防接種に要する費用を助成することとする者（以下「予防接種対象者」という。）は、次の各号に掲げる要件を全て備える者とする。

- (1) 骨髄移植手術その他の理由により、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に判断されていること。
- (2) 第4条に規定する予防接種を再接種する日において市内に住所を有すること。
- (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。

### (助成金支給対象者)

第3条 助成金の支給の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、接種対象者の保護者（親権を行うもの、後見人又はその他現に接種対象者を養育している者をいう。）とする。

### (予防接種の種類)

第4条 助成対象となる予防接種は、次に掲げる要件の全てを備えるものとする。

- (1) 法第2条第2項に規定するA類疾病に係るものであること。
- (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) 平成30年4月1日以降、18歳に達する日までの間に受ける予防接種であること。
- (4) 予防接種法施行規則（昭和23年厚生省令第36号。以下「施行規則」という。）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の間の接種であること。

### (助成金額)

第5条 助成金の額は、当該対象予防接種に要した経費とし、再接種日の属する年度における本要綱別表に定める額を、接種一回あたりの助成限度額として償還するものとする。

(助成対象認定申請)

第6条 助成金の支給を受けようとする助成対象者は、浜松市特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定申請書(第1号様式)を、接種対象者が当該予防接種を受ける前に、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) 骨髄移植手術その他の理由により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できない旨の医師の理由書(第2号様式)

(2) 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

(認定書等の交付)

第7条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、認定又は不認定の決定を行う。

2 市長は、前項の規定による認定の決定を行ったときは、浜松市特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定通知書((第3号様式)以下「認定書」という。)により、不認定の決定を行ったときは、浜松市特別の理由による任意予防接種費用助成対象不認定通知書(第4号様式)により、当該申請をした助成対象者に対し通知する。

(実施方法)

第8条 認定書の交付を受けた助成対象者は、医療機関等(国内に所在するものに限る。)において接種対象者に第4条に規定する予防接種を再接種させ、その接種費用の実費を当該医療機関に支払うものとする。

(助成金の支給申請)

第9条 前条の規定により予防接種を再接種させた保護者は、予防接種の最終再接種日から起算して12月に達する日の属する月の末日までに、浜松市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給申請書(第5号様式)に次に掲げる書類を添えて市長に申請するものとする。

(1) 予防接種実施医療機関の領収書(接種対象者が再接種した予防接種の種類が記載されたものに限る。)

(2) 予防接種予診票(再接種時に使用し、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)又は当該履歴が確認できるものの写し

(3) 振込先金融機関通帳の金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人氏名が記載されているページの写し

(助成金の支給)

第10条 市長は前条の申請書の提出があったときは、当該申請に係る書類の審査を行い、浜松市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給決定通知書(第6号様式)により助成対象者に通知し、速やかに助成金を支給するものとする。

( 助成金の返還 )

第 1 1 条 市長は、助成金の支給を受けた者が、次の各号のいずれかに該当するときは、既に支払った助成金の全部又は一部を返還させることができる。

( 1 ) 偽りその他不正な手段により助成金の支払いを受けたとき

( 2 ) この要綱の規定に違反したとき

( その他 )

第 1 2 条 この要綱に定めるもののほか、助成の実施に関し必要な事項は、別に定める。

2 この要綱に定める予防接種対象者は、浜松市法定外予防接種実施要綱第 5 条に基づく特例措置とする。

附 則

この要綱は、平成 3 0 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和元年 1 0 月 1 日から施行する。ただし、令和元年 9 月 3 0 日以前に接種した予防接種に係る本要綱第 5 条における助成限度額の適用については、なお改正前の別表の金額による。

別表（第5条関係）

【接種費用助成一覧】

予防接種の種類	接種一回あたりの 助成限度額(単位:円)
ヒブ	9,200
小児用肺炎球菌	12,566
B型肝炎	7,073
4種混合(DPT-IPV)	11,796
ジフテリア・破傷風混合(DT) 第1期	6,571
ジフテリア・破傷風混合(DT) 第2期	6,109
ポリオ	10,641
BCG	10,190
麻しん・風しん混合(MR) 第1期	13,545
麻しん・風しん混合(MR) 第2期	10,839
麻しん 第1期・第2期	10,003
風しん 第1期・第2期	10,003
水痘	11,840
日本脳炎(6ヵ月~7歳6ヵ月未満)	8,221
日本脳炎(7歳6ヵ月~18歳未満)	7,759
子宮頸がん予防	17,384

第1号様式

浜松市特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

(あて先) 浜松市長

申請者(保護者)住 所  
氏 名

印

浜松市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付要綱第6条の規定に基づき、助成金の支給対象となるための認定を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、予防接種について必要な情報(疾病の状況等)があるときは、浜松市長が、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。

捨印

被 接 種 者	住 所	
	(フリガナ) 氏 名	( 男 ・ 女 )
	生年月日	年 月 日 (満 歳 ヶ月)
保 護 者 氏 名		被接種者との続柄( )
連絡先電話番号		- -
予 防 接 種	種 類	
	接種予定日	
接 種 医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
通知書類送付先		1 現住所
		2 滞在先住所 〒 -

添付書類

- ( 1 ) 接種済みの定期予防接種に予防効果が期待できないと判断する医師の理由書
- ( 2 ) 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

第2号様式

年 月 日

(あて先) 浜松市長

浜松市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

骨髄移植手術等により、接種済み定期予防接種の予防効果が期待できない者について、この度、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。

なお、再接種の必要性及び副反応については十分に説明しています。

記

接種対象者	住 所	浜松市 区
	氏 名	フリガナ
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
接種済み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		
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3号様式

第 号  
年 月 日

様

浜松市長  
(健康増進課取扱い)

浜松市特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定通知書

年 月 日付けで申請のあった任意予防接種費用助成対象認定申請について、浜松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7条の規定に基づき、下記のとおり認定しましたので通知します。

記

接種 対象 者	住 所	浜松市 区
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
予防接種名		

備考

- 1 本通知で認定した予防接種を医療機関で接種し、その接種費用の実費を当該医療機関に支払ってください。
- 2 予防接種の最終接種日から起算して12月に達する日の属する月の末日までに、次の書類を添付のうえ、浜松市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給申請書を提出してください。



- ( 1 ) 予防接種実施医療機関の領収書(接種対象者の氏名、接種日、ワクチン名、料金、医療機関名が記載されたもの)
- ( 2 ) 予防接種予診票又は当該履歴が確認できるものの写し
- ( 3 ) 振込先金融機関通帳の金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人氏名が記載されているページの写し

第4号様式

第 号  
年 月 日

様

浜松市長

浜松市特別の理由による任意予防接種費用助成対象不認定通知書

年 月 日付けで申請のあった任意予防接種費用助成対象認定申請について、浜松市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付要綱第7条の規定に基づき、次の理由により不認定としましたので通知します。

不認定の理由

第5号様式

浜松市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給申請書

年 月 日

(あて先) 浜松市長

申請者(保護者)住 所  
氏 名

印

捨印

私は、浜松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、次のとおり助成金の支給を申請しますので、下記口座に振替えてください。

なお、必要があるときは下記事項について、浜松市が再接種を実施した医療機関に確認を行うことに同意します。

接種 対 象 者	住 所	〒 - 区 浜松市 区							
	(フリガナ) 氏 名	( 男 ・ 女 )							
	生年月日	年 月 日							
保 護 者 氏 名		被接種者との続柄 ( )							
連絡先電話番号		- -							
予防接種名	接種年月日	接種費用 (支払った金額)	浜松市記入欄						
			助成上限額 (要綱別表による)	申請金額 ( と で少ない額)					
		円	円	円	円	円	円	円	
		円	円	円	円	円	円	円	
		円	円	円	円	円	円	円	
		円	円	円	円	円	円	円	
		助成金申請合計金額							円
金融機関名		銀行・信用金庫 本店・支店 農協・信用組合 支店・出張所							
□ 座 種 別	□ 座 種 別	1. 普通	□ 座						
□ 座 番 号	□ 座 番 号	2. 当座	番 号						
□ 座 名 義	フリガナ								

#### 添付書類

- ( 1 ) 予防接種実施医療機関の領収書 ( 接種対象者の氏名、接種日、ワクチン名、料金、医療機関名が記載されたもの )
- ( 2 ) 母子健康手帳または予防接種予診票など ( 当該履歴が確認できるものの写し )
- ( 3 ) 振込先金融機関通帳の銀行名、支店、口座番号、口座名義人氏名が記載されているページの写し

第 6 号様式

第 年 月 日 号

様

浜松市長

浜松市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給決定通知書

年 月 日付けで申請のあった浜松市特別の理由による任意予防接種費用助成金の支給申請について、次のとおり支給の決定をいたしましたので浜松市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付要綱第 10 条の規定に基づき通知します。

記

支給決定額 円

(内訳)

予防接種名	接種年月日	接種費用 (支払った金額)	助成上限額 (要綱別表による)	支給決定金額 (と で少ない額)
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円