

田原市特別の理由による任意予防接種費助成金交付要綱

(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)第5条第1項に規定する定期の予防接種(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、任意で予防接種を再接種する者に対し、田原市特別の理由による任意予防接種費助成金(以下「助成金」という。)を交付することにより、当該予防接種に係る経済的負担を軽減し、もって感染及び発病の防止を図ることを目的とする。

(助成対象となる予防接種)

第2条 助成金の対象となる予防接種(以下「助成対象予防接種」という。)は、次に掲げる要件を全て満たすものとする。

- (1) 予防接種法第2条第2項に規定するA類疾病に係るものであること。
- (2) 使用する接種液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り、かつ、接種済みの定期予防接種であること。

(接種対象者)

第3条 助成対象予防接種を受けることができる者(以下「接種対象者」という。)は、次に掲げる要件を全て満たす者とする。

- (1) 骨髄移植手術その他の事由により、接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと医師により判断されていること。
- (2) 助成対象予防接種の接種日において田原市の住民基本台帳に登録されていること。

(3) 接種済みの定期予防接種の接種回数及び接種間隔が、実施規則の規定によるものであること。

(4) 助成対象予防接種の接種日に満20歳未満であること。ただし、長期療養特例の対象者（予防接種法施行令（昭和23年政令第197号）第1条の3第2項に規定するものをいう。）については、次の各号に掲げる疾病に応じ、当該各号に定める年齢とする。

ア 結核 満4歳未満

イ ジフテリア、百日咳、急性灰白髄炎及び破傷風 満15歳未満（4種混合ワクチンを使用する場合に限る。）

ウ Hib感染症 満10歳未満

エ 小児の肺炎球菌感染症 満6歳未満

2 前項の規定にかかわらず、市長が特に必要があると認めた者は、接種対象者とすることができる。

（助成対象者）

第4条 助成金の交付を受けることができる対象者（以下「助成対象者」という。）は、接種対象者の保護者（親権を行う者、後見人又はこれらに準ずる者で、現に予防接種を接種する者を養育しているものをいう。）とする。

（助成金額）

第5条 助成金の額は、予算の範囲内で助成対象予防接種に要した費用に相当する額（接種に係る文書料を除く。）とする。

（助成認定の申請）

第6条 助成金の交付を受けようとする助成対象者（以下「申請者」という。）は、あらかじめ、田原市特別の理由による任意予防接種助成対象認定申請書（様式第1号）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) 田原市特別の理由による任意予防接種に関する主治医意見書
(様式第2号)

(2) 母子健康手帳の写し又は予防接種の履歴が確認できるもの

2 市長は、前項の規定による申請が適当であると認めるときは、申請者に対し、田原市特別の理由による任意予防接種助成対象認定決定通知書(様式第3号)により通知するとともに、助成対象予防接種を実施する医療機関に対し、田原市特別の理由による任意予防接種実施依頼書(様式第4号。以下「依頼書」という。)を通知する。この場合において、市長は、申請者を經由して依頼書を当該医療機関に通知することができる。

3 市長は、第1項の規定による申請が不相当であると認めるときは、田原市特別の理由による任意予防接種助成対象認定却下通知書(様式第5号)により、申請者へ通知するものとする。

(交付の申請)

第7条 前条第2項の規定により助成認定を受けた者は、接種対象者が助成対象予防接種を受けたときは、田原市特別の理由による任意予防接種費助成金交付申請書兼請求書(様式第6号。以下「申請書兼請求書」という。)により、当該予防接種を受けた日から1年を経過する日までに、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) 助成対象予防接種を受けた医療機関が発行する領収書(予防接種と分かるもの)

(2) 予防接種の記録が記載されているもの(母子健康手帳の写し、予診票等)

(交付の決定)

第8条 市長は、前条の規定により申請書兼請求書を受け付けたときは、速やかにその内容を審査し、助成金の交付を決定したときは、田原市特別の理由による任意予防接種費助成金交付決定通知書（様式第7号）により申請書兼請求書を提出した者（以下「請求者」という。）に通知するものとし、助成金の交付を認めないときは、理由を付して田原市特別の理由による任意予防接種費助成金不交付決定通知書（様式第8号）により請求者に通知するものとする。

(助成金の交付)

第9条 市長は、前条の規定により助成金の交付を決定したときは、申請書兼請求書による請求者の請求に基づいて助成金を交付するものとする。

(健康被害発生時の対応)

第10条 市長は、助成対象予防接種に起因する健康被害が当該助成対象予防接種を受けた者に生じたときは、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）及び田原市予防接種事故災害補償規程（昭和59年田原町訓令第9号）に定めるところにより、必要な措置を講ずるものとする。

(不正利得の返還)

第11条 市長は、偽りその他不正な手段により助成金の交付を受けた者があるときは、その者から当該交付した助成金の額の全部又は一部を返還させることができる。

(その他)

第12条 この要綱に定めるもののほか、助成金の交付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30年10月1日から施行する。

田原市特別の理由による任意予防接種助成対象認定申請書

年 月 日

田原市長 殿

申請者 住所

氏名

印

被接種者との続柄（ ）

医療行為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と判断されたため、任意で予防接種を行いたく、田原市特別の理由による任意予防接種助成の対象認定を申請します。また、主治医意見書が接種医に情報提供されることに同意します。

被接種者	住所	〒 ー 田原市 電話番号（ ）		
	(フリガナ) 氏名	（ 男 ・ 女 ）		
	生年月日	年	月	日（満 歳 か月）
保護者氏名		続柄（ ）		
疾患名		接種が可能となった時期	年 月 日	
接種予定医療機関				

【接種を希望する予防接種の種類、回数等】 該当するものを○で囲んでください。

定期予防接種の種類・回数		接種年齢の上限
不活化ポリオ（IPV）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
BCG		4歳未満
四種混合（DPT-IPV）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	15歳未満
二種混合（DT）	2期	
三種混合（DPT）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・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	
子宮頸がん予防（HPV）	1回目・2回目・3回目	
ヒブ（Hib）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	10歳未満
小児用肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	6歳未満
水痘	1回目・2回目	
B型肝炎	1回目・2回目・3回目	

【申請書に添付するもの】

- 1 田原市特別の理由による任意予防接種に関する主治医意見書（様式第2号）
- 2 母子健康手帳の写し又は予防接種履歴が分かる書類

田原市長 殿

田原市特別の理由による任意予防接種に関する主治医意見書

以下の者は、当院で加療しており、医療行為等により接種済みの予防接種の予防効果が期待できないと判断します。

また、この意見書の記載内容について、接種医に情報提供することに同意します。

被接種者	住 所	電話番号（ ）	
	(フリガナ) 氏 名	（ 男 ・ 女 ）	
	生年月日	年 月 日	(満 歳 か月)
疾病名等、特別な事情の内容	(疾患名) (発病時期) 年 月 日頃 (治療期間) 年 月 日～ 年 月 日 (接種が可能となった日) 年 月 日 (接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できない理由)		
接種可能な予防接種の種類、接種回数	不活化ポリオ (IPV)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 1 期追加	
	B C G		
	四種混合 (DPT-IPV)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 1 期追加	
	二種混合 (DT)	2 期	
	三種混合 (DPT)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 1 期追加	
	日本脳炎	1 期初回 (1 回目・2 回目) ・ 1 期追加・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	
	子宮頸がん予防 (HPV)	1 回目・2 回目・3 回目	
	ヒブ (Hib)	初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 追加	
	小児用肺炎球菌	初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 追加	
	水痘	1 回目・2 回目	
B型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目		
医療機関所在地 医療機関名 電話番号 医師名	⑩		
備 考			

この意見書は、助成金の対象に該当するかどうかを判断することを目的としています。このことを理解の上、本意見書が市町村に報告されることに同意します。

年 月 日

保護者自署

様式第3号(第6条関係)

第 号
年 月 日

様

田原市長



田原市特別の理由による任意予防接種助成対象認定決定通知書

年 月 日付けで申請のあった田原市特別の理由による任意予防接種助成対象認定については、下記のとおり決定したので通知します。

記

- 1 被接種者氏名
- 2 予防接種名
- 3 接種医療機関名

様式第4号（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

田原市長



田原市特別の理由による任意予防接種実施依頼書

このことについて、本市に住所を有する下記の者から貴医療機関にて予防接種を受けたいとの申請がありましたので、予防接種を実施して下さるようお願い申し上げます。

接種を完了しましたら、予診票の原本（又は写し）を、保護者にお渡しくださいますようお願いいたします。

記

1 予 防 接 種 名

2 被 接 種 者

住 所 千 一

愛知県田原市

電 話

氏 名

生年月日 年 月 日生

3 保 護 者 氏 名

連絡先 千441-3492 愛知県田原市田原町南番場 30 番地 1
田原市役所
電話

様式第5号(第6条関係)

第 号
年 月 日

様

田原市長



田原市特別の理由による任意予防接種助成対象認定却下通知書

年 月 日付けで申請のあった田原市特別の理由による任意予防接種助成対象認定については、下記の理由により却下と決定したので通知します。

記

却下と決定した理由

田原市特別の理由による任意予防接種費助成金交付申請書兼請求書

被 接 種 者	住 所	田原市 (電話)			
	(フリガナ) 氏 名		生 年 月 日	年 月 日	
交付申請額		円			
<p>田原市特別の理由による任意予防接種費助成金の交付を受けたいので、田原市特別の理由による任意予防接種費助成金交付要綱第7条の規定に基づき、添付書類を添えて申請します。</p> <p>なお、交付が決定した場合は、下記の口座に振り込み願います。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名 ⑩</p> <p>(被接種者との続柄) 電話</p> <p>田原市長 殿</p> <p>記</p>					
振 込 指 定 金 融 機 関					
金融機関名	銀行・農協 信金・信組				本店 支店
口座の種類	普通 ・ 当座	口座番号			
(フリガナ) 口座名義人		支給決定額 (※市記入欄)	円		

添付書類 (1) 予防接種の接種医療機関名及び種類が記載された領収書
(2) 母子健康手帳の写し、予防接種予診票等

不活化ポリオ (IPV)	接種年月日	1 期初回 1 回目	年	月	日
		” 2 回目	年	月	日
		” 3 回目	年	月	日
		1 期追加	年	月	日
	医療機関名				
	接種費用額	円			
	助成金額	※ 円			
B C G	接種年月日	年 月 日			
	医療機関名				
	接種費用額	円			
	助成金額	※ 円			
四種混合 (DPT-IPV)	接種年月日	1 期初回 1 回目	年	月	日
		” 2 回目	年	月	日
		” 3 回目	年	月	日
		1 期追加	年	月	日
	医療機関名				
	接種費用額	円			
	助成金額	※ 円			
二種混合 (DT)	接種年月日	2 期	年	月	日
	医療機関名				
	接種費用額	円			
	助成金額	※ 円			
三種混合 (DPT)	接種年月日	1 期初回 1 回目	年	月	日
		” 2 回目	年	月	日
		” 3 回目	年	月	日
		1 期追加	年	月	日
	医療機関名				
	接種費用額	円			
	助成金額	※ 円			
日本脳炎	接種年月日	1 期初回 1 回目	年	月	日
		” 2 回目	年	月	日
		1 期追加	年	月	日
		2 期	年	月	日
	医療機関名				
	接種費用額	円			
	助成金額	※ 円			
麻しん・風しん混合 (MR) 麻しん風しん (※いずれかに○)	接種年月日	1 期	年	月	日
		2 期	年	月	日
	医療機関名				

	接種費用額		円
	助成金額	※	円
子宮頸がん予防 (HPV)	接種年月日	1回目	年 月 日
		2回目	年 月 日
		3回目	年 月 日
	医療機関名		
	接種費用額		円
	助成金額	※	円
ヒブ (Hib)	接種年月日	初回 1回目	年 月 日
		” 2回目	年 月 日
		” 3回目	年 月 日
		追加	年 月 日
	医療機関名		
接種費用額		円	
	助成金額	※	円
小児用肺炎球菌	接種年月日	初回 1回目	年 月 日
		” 2回目	年 月 日
		” 3回目	年 月 日
		追加	年 月 日
	医療機関名		
接種費用額		円	
	助成金額	※	円
水痘	接種年月日	1回目	年 月 日
		2回目	年 月 日
	医療機関名		
	接種費用額		円
	助成金額	※	円
B型肝炎	接種年月日	1回目	年 月 日
		2回目	年 月 日
		3回目	年 月 日
	医療機関名		
接種費用額		円	
	助成金額	※	円

※「助成金額」欄には記入しないでください（「助成金額」は、「接種費用額」と田原市の定める上限額のどちらか少ない額となります）。

申請者又は請求者と口座名義人が異なる場合は、委任状に記入してください。

委任状	
年 月 日	
委任者（申請者・請求者）	
住所	

氏名	
_____ 印	
<p>私は、田原市特別の理由による任意予防接種費助成金の受領に関する権限を下記の者に委任いたします。</p>	
記	
受任者（口座名義人）	
住所	

氏名	
_____ 続柄（ ）	

様式第7号(第8条関係)

第 号
年 月 日

様

田原市長



田原市特別の理由による任意予防接種費助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった田原市特別の理由による任意予防接種費助成金について、次のとおり交付することとしたので通知します。

交付金額 金 _____ 円

様式第 8 号(第 8 条関係)

第 号
年 月 日

様

田原市長



田原市特別の理由による任意予防接種費助成金不交付決定通知
書

年 月 日付けで申請のあった田原市特別の理由による任意予防接種費助
成金について、下記の理由により不交付と決定したので通知します。

記

不交付と決定した理由