

魚津市告示第124号

魚津市骨髄移植等患者への定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付要綱を次のように定める。

令和2年10月30日

魚津市長 村椿 晃

魚津市骨髄移植等患者への定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、骨髄移植等の医療行為により接種済みの定期予防接種（予防接種法（昭和23年法律第68号。以下「法」という。）第5条第1項の規定により行う定期の予防接種をいう。以下同じ。）で得た免疫が低下し、又は消失したことにより、当該定期予防接種の再接種（以下「再接種」という。）が必要であると医師に判断された者又はその保護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、再接種に要する費用の全部又は一部を助成することに関し、必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

第2条 助成金の交付の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

(1) 第5条の規定による認定申請日、再接種を受ける日（以下「再接種日」という。）及び第7条の規定による交付申請日において、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）により魚津市の住民基本台帳に記録されている者

(2) 骨髄移植等の医療行為により、定期予防接種で得た免疫が低下し、又は消失したため再接種が必要であると医師に判断されている者

(3) 再接種日において20歳未満の者

(助成対象予防接種)

第3条 助成の対象となる予防接種（以下「助成対象予防接種」という。）は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

(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) 接種済みの定期予防接種が、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。

(3) 医師が必要と認めるものであること。

(助成金の額)

第4条 助成金の額は、助成対象予防接種の再接種に要した費用(以下「再接種費用」という。)とし、再接種日の属する年度に市が魚津市医師会と契約した当該予防接種の単価(消費税及び地方消費税を含む。)を上限とする。

2 前項の再接種費用には、抗体検査に要する経費及び次条第1号に規定する医師の意見書作成に要する経費は含まないものとする。

(助成対象認定申請)

第5条 助成金の交付を受けようとする対象者又はその保護者は、当該対象者が再接種を受ける前に、あらかじめ魚津市骨髄移植等患者への定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付認定申請書(様式第1号)に次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

(1) 魚津市骨髄移植等患者への定期予防接種ワクチン再接種費用助成金対象者認定に係る意見書(様式第2号)

(2) 母子健康手帳など骨髄移植等の前に受けた定期予防接種の接種歴が確認できるものの写し

(3) 健康保険証など接種対象者の住所及び生年月日を確認することができるものの写し

(助成対象認定の決定)

第6条 市長は、前条の規定による申請を受理したときは、その内容を審査し、認定の可否を決定したときは、魚津市骨髄移植等患者への定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付認定決定(却下)通知書(様式第3号)により通知するものとする。

2 市長は、前項の審査に当たって、必要があると認めるときは、医師の意見を求めることができる。

(助成金交付申請及び請求)

第7条 前条の規定により認定の決定を受けた者は、再接種日の属する年度の3月31日までに、魚津市骨髄移植等患者への定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付申請書兼請求書(様式第4号)に次に掲げる書類を添えて、市長に提出するものとする。

(1) 再接種費用に係る領収書

(2) 母子健康手帳など定期予防接種の接種歴が確認できるものの写し

(助成金交付決定)

第8条 市長は、前条の規定による申請を受理したときは、その内容を審査し、助成金の交付の可否を決定し、魚津市骨髄移植等患者への定期予防接

種ワクチン再接種費用助成金交付（不交付）決定通知書（様式第5号）によりその旨を通知するものとする。

2 市長は、前項の規定により助成金の交付を決定したときは、速やかに前条に規定する申請を行った者に対し、助成金を支払うものとする。

（交付決定の取消し等）

第9条 市長は、交付の決定を受けた者が虚偽その他の不正な行為により助成金の交付を受けたと認めるときは、交付決定の全部又は一部を取り消すことができる。

2 前項の規定により助成金の決定を取り消した場合において、既に助成金が交付されているときは、期限を定めてその返還を命ずることができる。

（健康被害の救済）

第10条 本要綱による助成に係る予防接種は、接種者の希望と医師の責任と判断によって行われる任意の予防接種であるため、健康被害が生じた場合は、健康被害を受けた本人（又は遺族）等が、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）に基づく救済制度における、医療費等の給付を請求するものとする。

（その他）

第11条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

この告示は、公表の日から施行し、令和2年10月1日から適用する。

魚津市骨髄移植等患者への定期予防接種ワクチン
再接種費用助成金交付認定申請書

年 月 日

魚津市長 様

申請者（保護者）郵便番号： _____

住所：魚津市 _____

氏名（続柄）： _____ 印（ ） _____

電話：（ ） _____

魚津市骨髄移植等患者への定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付要綱第5条の規定に基づき、次のとおり申請します。

被接種者	住所	□上記申請者住所と同じ		
	フリガナ 氏名	生年月日	年	月 日
必要なものにレ印をつけてください。 再接種が必要な予防接種の種類		ヒブ		
		小児肺炎球菌		
		B型肝炎		
		BCG		
		四種混合		
		三種混合		
		二種混合		
		不活化ポリオ		
		麻しん・風しん混合（MR）		
		麻しん		
		風しん		
		水痘		
		日本脳炎		
	子宮頸がん予防			
医療機関 接種予定	名称			
	所在地			
	電話番号			

（添付書類）

- 1 魚津市骨髄移植等患者への定期予防接種ワクチン再接種費用助成金対象者認定に係る意見書（様式第2号）
- 2 母子健康手帳など骨髄移植等の前に受けた定期予防接種の接種歴が確認できるものの写し
- 3 健康保険証など接種対象者の住所及び生年月日を確認することができるものの写し

魚津市骨髄移植等患者への定期予防接種ワクチン
再接種費用助成金対象者認定に係る意見書

年 月 日

魚津市長 様

骨髄移植等後により、移植前に定期予防接種を通じて得られていた免疫が低下又は消失した者について予防接種の再接種が可能と認められることから、次のとおり意見書を提出します。

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。

被接種者	住 所	魚津市		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
接種済みの定期 予防接種の免疫 が低下又は消失 したと判断する 理由	(疾病の名称)			
	(理由)			
再 接 種 が 可 能 な も の に レ 印 を つ け て く だ さ い。	<input type="checkbox"/> ヒブ			
	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌			
	<input type="checkbox"/> B型肝炎			
	<input type="checkbox"/> BCG			
	<input type="checkbox"/> 四種混合			
	<input type="checkbox"/> 三種混合			
	<input type="checkbox"/> 二種混合			
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ			
	<input type="checkbox"/> 麻しん：風しん混合（MR）			
	<input type="checkbox"/> 麻しん			
	<input type="checkbox"/> 風しん			
	<input type="checkbox"/> 水痘			
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎			
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防				
再接種が可能と なった日	年 月 日			
医 療 機 関 名	記載年月日： 年 月 日			
医 療 機 関 所 在 地				
電 話 番 号	()	—	医師氏名	Ⓔ

※1 意見書作成にかかる注意事項

- ・この意見書の発行に費用が必要な場合は、助成の対象外となります。
- ・意見書の内容について医療機関に照会を行う場合がありますので、ご協力いただきますようお願いします。

魚津市指令健セ第 号

住 所

申請者氏名

魚津市骨髄移植等患者への定期予防接種ワクチン
再接種費用助成金交付認定決定（却下）通知書

年 月 日付けで申請のあった魚津市骨髄移植等患者への定期予防接種
ワクチン再接種費用助成金交付については、魚津市骨髄移植等患者への定期予防接
種ワクチン再接種費用助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり決定したの
で通知します。

年 月 日

魚津市長

1 交付の可否

交付します。

交付しません。

（交付しない理由）

2 決定した内容

被 接 種 者	住 所	魚津市		
	氏 名	フリガナ	生年月日	年 月 日
予防接種の種類				

魚津市骨髄移植等患者への定期予防接種ワクチン
再接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

魚津市長 様

申請者（保護者）郵便番号：_____

住所：魚津市 _____

氏名（続柄）： _____ 印（ ）

電話：（ ） _____

年 月 日付け 第 号で認定決定のあった、魚津市骨髄移植等患者への定期予防接種ワクチン再接種費用助成金の交付を受けたいので、魚津市骨髄移植等患者への定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付要綱第7条に基づき、次のとおり助成金の交付を申請します。また、申請後に魚津市が医療機関及び関係機関に治療状況等を照会することについて同意します。

1. 被接種者

被接種者	住 所	魚津市		
	氏 名	フリガナ	生年月日	年 月 日

2. 接種を受けた予防接種の種類及び交付申請額

種類	接種日	接種費用	基準額	申請額
	年 月 日	円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
合 計				円

3. 助成金の振込先

振込先 金融機関名	銀行・農協 信用金庫	本店・支店 出張所	種別	普通 当座
フリガナ		口座番号		
口座名義人				

添付書類

- ① 医療機関が発行した領収書
- ② 予防接種の記録が記載されているものの写し（例 母子健康手帳等）

魚津市指令健セ第 号

住 所

申請者氏名

魚津市骨髄移植等患者への定期予防接種ワクチン
再接種費用助成金交付（不交付）決定通知書

年 月 日付けで申請のあった魚津市骨髄移植等患者への定期予防接種
ワクチン再接種費用助成金について、魚津市骨髄移植等患者への定期予防接種ワ
クチン再接種費用助成金交付要綱第8条の規定により、次のとおり決定したので通知
します。

年 月 日

魚津市長

1 交付の可否

交付します。

交付しません。

（交付の内容）

2 助成金交付決定額 金 _____ 円