

魚津市告示第32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
成金交付要綱の一部改正について

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（令和2年魚津市告示第124号）の一部を次のように改正する。

令和7年2月14日

魚津市長 村椿 晃

改正後	改正前
<p>第1条 - 第4条 (略)</p> <p>(助成対象認定申請)</p> <p>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。</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) 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</p> <p>第6条 - 第11条 (略)</p> <p>様式第1号(第5条関係) 【別記1】</p> <p>様式第2号(第5条関係) 【別記2】</p> <p>様式第3号 (略)</p> <p>様式第4号(第7条関係) 【別記3】</p> <p>様式第5号 (略)</p>	<p>第1条 - 第4条 (略)</p> <p>(助成対象認定申請)</p> <p>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。</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) <u>健康保険証</u>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</p> <p>第6条 - 第11条 (略)</p> <p>様式第1号(第5条関係) 【別記1】</p> <p>様式第2号(第5条関係) 【別記2】</p> <p>様式第3号 (略)</p> <p>様式第4号(第7条関係) 【別記3】</p> <p>様式第5号 (略)</p>

【別記1】

改正後

様式第1号(第5条関係)

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 宛

申請者(保護者)郵便番号: _____

住所:魚津市 _____

氏名(続柄): _____ ()

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
再接種が必要な 予防接種の種類				
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 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）： _____（ ）

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

様式第2号（第5条関係）

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 宛

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 予防接種の種類				
再接種が可能と なった日	年 月 日			
医 療 機 関 名 医療機関所在地 電 話 番 号	記載年月日： 年 月 日			
	()	-	医師氏名	(自署)

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いたします。

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)			
(必要なものにレ 印をつけてくださ い。) 再接種可能な予 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				
再接種が可能と なった日	年 月 日			
医 療 機 関 名 医療機関所在地 電 話 番 号	記載年月日： 年 月 日			
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いたします。

様式第4号（第7条関係）

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 宛

申請者（保護者）郵便番号：_____

住所：魚津市_____

氏名（続柄）：_____（_____）

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 年 月 日	接種費用 円	基準額 円	申請額 円
		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				
口座名義人		口座番号		

添付書類

医療機関が発行した領収書

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）

様式第4号(第7条関係)

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): _____ ()

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				
口座名義人		口座番号		

添付書類

医療機関が発行した領収書

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)

附 則

(施行期日)

1 この告示は、公表の日から施行する。

(経過措置)

2 この告示の施行の際、この告示による改正前の要綱の様式により使用されている書類は、この告示による様式によるものとみなす。