

津市骨髓移植等の理由による予防接種の再接種費用助成金交付要綱

令和 7 年 3 月 3 1 日訓第 2 9 号

(趣旨)

第 1 条 この要綱は、骨髓移植等の治療等により予防接種法（昭和 2 3 年法律第 6 8 号。以下「法」という。）第 5 条第 1 項の規定により本市等が実施した予防接種（以下「定期予防接種」という。）の効果が期待できないと医師に判断され、再度予防接種を受ける必要のある者の経済的負担の軽減を図るとともに、感染症の発生及びまん延を防止するため、再度予防接種を受けること（以下「再接種」という。）に要する費用の一部を助成すること（以下「助成」という。）に関し必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第 2 条 助成の対象者（以下「対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 再接種した日において、本市の区域内に住所を有する 2 0 歳未満の者
- (2) 骨髓移植等による治療その他の理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判断された者
- (3) 法第 2 条第 2 項に規定する A 類疾病に係る予防接種を、予防接種実施規則（昭和 3 3 年厚生省令第 2 7 号）に基づく接種回数及び接種間隔で定期予防接種を受けている者

(対象となる再接種)

第 3 条 助成の対象となる再接種は、法第 2 条第 2 項各号に掲げるいずれかの疾病に係る予防接種で、医師が再接種の必要があると認めたものとする。

(助成金の額)

第 4 条 助成金の額は、本市が県内医療機関等に委託する予防接種に係る契約単価を上限とする。ただし、再接種に要した費用の額が当該単価に満たない場合は、当該接種に要する費用に相当する額とする。

(助成の申請等)

第 5 条 助成を受けようとする対象者（以下「申請者」という。）は、あらかじめ骨髓移植等の理由による予防接種の再接種費用助成申請書（第 1 号様式）に母子健康手帳の予防接種の記録又は予防接種履歴（再接種が必要となる以前の定期予防接種の履歴が確認できるものに限る。）の写しを添えて市長に

提出しなければならない。ただし、市長がやむを得ない理由があると認める場合は、事後において提出することができるものとする。

2 対象者が18歳未満の者であるときは、前項の申請者は、対象者の保護者（親権を行う者、未成年後見人その他現に対象者を養育している者をいう。）とする。

3 市長は、第1項の規定による提出があった場合は、その内容を審査してその可否を決定し、骨髄移植等の理由による予防接種の再接種費用助成決定通知書（第2号様式）により申請者に通知するものとする。

（実績報告及び請求）

第6条 前条第3項の規定による認定の通知を受けた者は、再接種をした日の属する年度の末日までに、骨髄移植等の理由による予防接種の再接種実施報告書兼請求書（第3号様式）に、次の各号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) 再接種に要した費用に係る領収書

(2) 再接種を受けたことを証する書類

（助成金の額の確定）

第7条 市長は、前条の規定による提出があった場合は、その内容を審査し、適当と認めるときは、助成金の額を確定し、当該助成金を交付するものとする。

（助成金の返還）

第8条 市長は、偽りその他不正の手段により、助成金の交付を受けた者があるときは、その者から既に交付した助成金の額に相当する金額の全部又は一部を返還させることができる。

（委任）

第9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

この訓は、令和7年7月1日から施行し、同年4月1日以後に受けた再接種に係る助成について適用する。

第 1 号様式（第 5 条関係）

骨髄移植等の理由による予防接種の再接種費用助成申請書

年 月 日

（宛先）津市長

住所
申 請 者 氏名 ⑩
電話
続柄

骨髄移植等の理由による予防接種の再接種費用の助成を受けたいので、津市骨髄移植等の理由による予防接種の再接種費用助成金交付要綱第 5 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて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、津市長が、その情報を関係医療機関に問い合わせること及び提供することに同意します。

対象者	住 所	津市 電話番号（ — — ）
	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日 （満 歳 ヶ月）
(医師理由書欄)	接種済みの定期接種の予防効果が期待できないと判断する理由	(理由) (医師署名又は記名押印) (医療機関所在地) (医療機関名)
	今回接種する予防接種の種類	
再接種医療機関名（医療機関所在地、医師名）		※上記医療機関と異なる場合にのみ記入

【添付書類】

- ・母子健康手帳の予防接種の記録又は予防接種履歴（再接種が必要となる以前の定期予防接種の履歴が確認できるものに限る。）の写し

※ 申請者の氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。

第2号様式（第5条関係）

骨髄移植等の理由による予防接種の再接種費用助成決定通知書

（記 号 番 号）

年 月 日

（氏 名） 様

津市長 （氏 名） 印

年 月 日付けで申請のあった骨髄移植等の理由による予防接種の再接種費用助成の認定について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

- 1 決定の区分
認定（不認定）
- 2 再接種助成対象者
住 所
氏 名
生年月日
- 3 対象となる予防接種の種類及び回数
- 4 理由（不認定の場合のみ）

第3号様式（第6条関係）

骨髄移植等の理由による予防接種の再接種実施報告書兼請求書

年 月 日

（宛先）津市長

請求者

〒 ー

住 所

氏 名 ㊞ 続柄

連絡先電話番号 ー ー

骨髄移植等の理由による予防接種の再接種費用の助成を受けたいので、津市骨髄移植等の理由による予防接種の再接種費用助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり請求します。

報告額 (請求額)	円		
被接種者氏名	生年月日	年 月 日	
予防接種の種類			
接種日	年 月 日		
予防接種を受けた医療機関	電話 ー ー		
振込先金融機関	銀行 農協 信用金庫	本・支店 出張所	
	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義人		

※ 請求者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任状に請求者の記名・押印が必要となります。

私は、上記の口座名義人に骨髄移植等の理由による予防接種の再接種費用助成金の受取を委任します。

年 月 日

請求者氏名

㊞

【添付書類】

- ・ 再接種に要した費用に係る領収書
- ・ 再接種を受けたことを証する書類