

# 各務原市小児がん患者ワクチン再接種費用助成事業実施要綱

(令和2年3月31日決裁)

(趣旨)

第1条 この要綱は、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項の規定による定期の予防接種（以下「定期予防接種」という。）で得た免疫が小児がんの治療のために行った造血幹細胞の移植によって低下し、又は消失したためワクチンの再接種（以下「再接種」という。）が必要と認められた者に対して、予算の範囲内で各務原市小児がん患者ワクチン再接種費用助成金（以下「助成金」という。）を交付するものとし、その交付に関しては、各務原市補助金交付規則（昭和38年規則第34号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、この要綱の定めるところによる。

(助成対象者)

第2条 助成金の交付の対象となる者は、再接種を受ける日において市内に住所を有する者で、次の各号のいずれにも該当するもの（以下「被接種者」という。）の再接種の費用を負担する保護者とする。

- (1) 法第2条第2項各号に掲げる疾病（結核を除く。次条第1号において同じ。）に係る定期予防接種で得た免疫が造血幹細胞の移植によって低下し、又は消失したため、再接種が必要と医師が認める者
- (2) 再接種を受ける日において20歳（予防接種法施行規則（昭和23年厚生省令第36号）第2条の6に規定する特定疾病に係る予防接種にあつては、同条の表の上欄に掲げる特定疾病に応じて同表の当該下欄に掲げる年齢）未満の者

(助成対象となる再接種)

第3条 助成金の交付の対象となる再接種は、次の各号に掲げる要件のいずれにも該当するものとする。

- (1) 法第2条第2項各号に掲げる疾病に係る予防接種であること。
- (2) 予防接種実施規則（昭和33年厚生省令第27号）に基づいて行われるものであること。

(助成金の額)

第4条 助成金の額は、前条に規定する再接種に要した額又は本市と一般社団法人各務原市医師会との個別予防接種業務委託契約の委託料の額のいずれか低い額とする。

2 前項の委託料の額は、助成金の交付の申請があった日の属する年度における委託

料の額とする。

(助成金の交付申請)

第5条 助成金の交付を受けようとする者(次条において「申請者」という。)は、被接種者が当該助成に係る再接種を受ける前に、各務原市小児がん患者ワクチン再接種費用助成認定申請書(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) 各務原市小児がん患者ワクチン再接種費用助成の認定に係る意見書(様式第2号)
- (2) 造血幹細胞の移植前の定期予防接種の接種歴が確認できる書類
- (3) その他市長が必要と認める書類

(認定の通知等)

第6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、助成金の交付の適否を認定し、各務原市小児がん患者ワクチン再接種費用助成認定(不認定)通知書(様式第3号)により申請者に通知するものとする。

(変更の申請等)

第7条 前条の規定により助成金の交付の認定の通知を受けた者は、予防接種の種類を変更しようとするときは、各務原市小児がん患者ワクチン再接種費用助成認定変更申請書(様式第4号)に医師の意見書を添えて市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、変更の適否を決定し、その旨を各務原市小児がん患者ワクチン再接種費用助成認定変更承認(不承認)通知書(様式第5号)により当該申請をした者に通知するものとする。

(手続の省略)

第8条 規則第19条の規定により、規則第11条の規定による補助事業の実施報告及び規則第13条の規定による補助金の額の確定は、省略するものとする。

(助成金の請求)

第9条 助成金の交付の認定を受けた者は、当該認定に係る再接種を受けた日から6か月以内に、各務原市小児がん患者ワクチン再接種費用助成請求書(様式第6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) 再接種に係る領収書
- (2) 接種日、接種ワクチン、ロット番号、接種医療機関及び医師の氏名が確認できる書類

(3) その他市長が必要と認める書類

(認定の取消し)

第10条 市長は、助成金の交付の認定を受けた者が次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、助成金の交付の認定を取り消すことができる。

(1) 第2条又は第3条に規定する要件に該当しないことが明らかになったとき。

(2) 虚偽その他不正な行為により助成金の交付を受けたとき。

(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、市長が定める。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行し、同日以後に再接種を受ける者について適用する。

附 則（令和3年3月31日決裁）

1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

2 この要綱の施行の際現に改正前の様式により作成されている用紙は、この要綱の施行の日以後においても、当分の間、所要の修正を加えて使用することができる。

各務原市小児がん患者ワクチン再接種費用助成認定申請書

年 月 日

（宛先）各務原市長

（申請者）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 \_\_\_\_\_

各務原市小児がん患者ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、ワクチンの再接種に係る費用の助成を受けることについて認定を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

被 接 種 者	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	〒 _____ □申請者と同じ
	生年月日	年 月 日 (満 歳)
再度予防接種を受ける理由		
接種を受け る医療機関	名称	
	所在地	
	電話番号	
接種を希望するものに○をつけてください。  予防接種の種類 合計 ( ) 種類	・ B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	・ 小児用肺炎球菌	初回接種 (1回目・2回目・3回目)・追加接種
	・ ヒブ	初回接種 (1回目・2回目・3回目)・追加接種
	・ 四種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・追加接種
	・ 不活化ポリオ (単独)	初回接種 (1回目・2回目・3回目)・追加接種
	・ 三種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・追加接種
	・ 麻しん・風しん (MR)	1期・2期
	・ 麻しん	1期・2期
	・ 風しん	1期・2期
	・ 水痘	1回目・2回目
	・ 日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期
	・ 二種混合	2期
	・ 子宮頸がん	1回目・2回目・3回目

<注 意>

- 1 助成の対象となるワクチンの再接種は、過去に定期予防接種として接種済のものに限ります。
- 2 助成の対象となるワクチンの再接種は、被接種者が20歳（小児用肺炎球菌に係る予防接種にあつては6歳、ヒブに係る予防接種にあつては10歳、四種混合に係る予防接種にあつては15歳）に達するまでに接種するものに限ります。
- 3 添付書類として、接種済の定期予防接種で得た免疫が低下し、又は消失していると判断した医師の意見書、造血細胞移植実施以前の予防接種の履歴が確認できるもの（母子健康手帳等）が必要となります。
- 4 この申請により再接種する予防接種は、任意接種となります。この申請に係る認定を受ける前に接種した予防接種は、助成の対象になりません。

様式第2号（第5条関係）

各務原市小児がん患者ワクチン再接種費用助成の認定に係る意見書

（宛先）各務原市長

下記の者について、造血幹細胞移植により接種済の定期予防接種で得た免疫が低下し、又は消滅しているため、再接種が必要であることを証明します。また、今般の予防接種の再接種が可能な状態であると判断するとともに、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。

接種対象者	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒
	生年月日	年 月 日（満 歳）
接種済の定期予防接種で得た免疫が低下又は消失した原因となった疾病名と治療内容	(疾病の名称)	
	(造血幹細胞移植の実施日及び内容)	
再接種する予防接種に○をつけてください。	・ B型肝炎	: 1回目・2回目・3回目
	・ 小児用肺炎球菌	: 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種
	・ ヒブ	: 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種
	・ 四種混合	: 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種
	・ 不活化ポリオ（単独）	: 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種
	・ 三種混合	: 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種
	・ 麻しん・風しん（MR）	: 1期・2期
	・ 麻しん	: 1期・2期
	・ 風しん	: 1期・2期
	・ 水痘	: 1回目・2回目
	・ 日本脳炎	: 1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期
	・ 二種混合	: 2期
・ 子宮頸がん	: 1回目・2回目・3回目	
記載年月日： 年 月 日		
医療機関名	:	
医療機関所在地	:	
電話番号	:	( ) 医師氏名 _____

※意見書作成に係る注意事項

- ・ この意見書の発行に当たり費用が必要な場合、当該費用は申請者の負担となります。
- ・ 再接種する予防接種で費用助成の対象になるものは、過去に定期接種として接種済の予防接種となります。
- ・ 再接種する予防接種は、任意接種となります。

様

各務原市長 印

## 各務原市小児がん患者ワクチン再接種費用助成認定（不認定）通知書

年 月 日付けで申請のありました各務原市小児がん患者ワクチン再接種費用助成の認定について、各務原市小児がん患者ワクチン再接種費用助成事業実施要綱（以下「要綱」という。）第6条の規定により、次のとおり決定しましたので通知します。

決定の内容		認定 ・ 不認定
被 接 種 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
予防接種の種類		
交付条件		1 この助成金は、小児がん患者のワクチン再接種のために要する経費として交付するものであるから、その目的以外に支出できないこと。 2 この助成金について、目的外又は不当な支出等があったときは、助成金の返還を命ずるものであること。 3 予防接種の種類を変更する場合は、市長の承認を受けること。 4 市長若しくはその委任を受け、若しくは命を受けた者が行う調査又は監査委員の監査に応ずること。
不認定の理由		

## 注意事項

- この助成に係る予防接種は、被接種者の希望と医師の判断によって行われる任意の予防接種であるため、万が一健康被害が生じた場合でも、市は一切その責任を負いません（この場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構に医療費等の給付の請求を行うことができます。）。
- 認定に係る被接種者又は再接種が要綱第2条又は第3条に規定する要件に該当しないことが明らかになった場合、虚偽又は不正な行為により認定を受けたことが明らかになった場合その他市長が助成を行うことが適当でないと認めた場合は、この認定を取り消すことがあります。この場合において、既に支給した助成金があるときは、その全部又は一部の返還の請求及び当該返還を請求した助成金について違約加算金の請求をすることがあります。

年 月 日

（宛先）各務原市長

住 所  
氏 名  
電話番号

各務原市小児がん患者ワクチン再接種費用助成認定変更申請書

年 月 日付け 第 号で認定を受けた各務原市小児がん患者ワクチン再接種費用助成について、予防接種の種類を変更したいので、各務原市小児がん患者ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第7条第1項の規定により、次のとおり申請します。

予 防 接 種 の 種 類	変 更 前	
	変 更 後	
変 更 の 理 由		

第 号  
年 月 日

様

各務原市長 印

各務原市小児がん患者ワクチン再接種費用助成  
認定変更承認（不承認）通知書

年 月 日付けで変更申請のありました各務原市小児がん患者ワクチン再接種費用助成について、各務原市小児がん患者ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第7条第2項の規定により次のとおり決定しましたので通知します。

承認内容	承認 ・ 不承認
変更後の予防接種の種類	
不承認の理由	

様式第6号（第9条関係）

各務原市小児がん患者ワクチン再接種費用助成申請書

年 月 日

（宛先）各務原市長

請求者 住 所 〒  
各務原市

氏 名  
電話番号  
被接種者との関係

年 月 日付けで認定を受けましたワクチンの再接種を受けましたので、各務原市小児がん患者ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第9条の規定により、助成金の支給を請求します。

【助成金の振込先】

金融機関名	店名	種目	口座番号	フリガナ	
銀行 金庫 組合 農協	本店 支店 出張所	普通 当座		口座 名義人	

注意事項

- ・再接種を受けた日から6か月以内に請求してください。
- ・この請求書を提出する際は、接種済証等の接種日、接種ワクチン、ロット番号、接種医療機関及び医師の氏名が確認できる書類並びに領収書原本をご持参ください。
- ・領収書に明細の記載がない場合は、医療機関にて領収書内に当該再接種に係る費用の明細を記載してもらってください。

被接種者氏名			
予防接種の種類	接種日	予防接種費	助成額
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
合計		円	円

※太枠内は市で記入  
受付者 \_\_\_\_\_