

## 各務原市予防接種費の償還払に関する要綱

(平成25年3月28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項の規定に基づく定期の予防接種の対象者が、やむを得ない事情により、他市町村において予防接種を受けた際の費用に係る償還払に関し、必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 償還払の対象者は、第4条第2項の予防接種実施依頼書を交付され、他市町村で予防接種を受けた者又はその保護者とする。

(対象となる予防接種)

第3条 償還払の対象となる予防接種は、法第2条第4項に規定する定期の予防接種とする。

(依頼書の交付)

第4条 この要綱の規定により償還払を受けようとする者は、予防接種を受ける前に、予防接種実施依頼書発行申請書（様式第1号又は様式第1号の2）により市長に申請しなければならない。

2 市長は、前項の申請があったときは、その内容を審査し、予防接種実施依頼書（様式第2号から様式第4号まで。以下「依頼書」という。）を発行するものとする。

3 依頼書の有効期間は、6月以内（対象年齢の期間が6月より短い場合は、その期間）とする。

(償還払の申請)

第5条 前条第2項の規定により依頼書の発行を受けた者は、予防接種費償還払申請書（様式第5号）に当該予防接種に係る領収書及び予診票を添えて、接種した日から6月以内に市長に請求するものとする。

(支給の決定)

第6条 前条の規定による償還払申請を受理したときは、当該申請の内容を審査のうえ、適当と認めるときは、次条第1項に規定する予防接種費を償還するものとする。

(償還払の額)

第7条 償還払の額は、第3条に規定する予防接種について、申請者が医療機関において負担した額（B類疾病（法第2条第3項に規定するB類疾病をいう。）の予防

接種については、当該額から市長が定める額を控除した額)と予防接種業務委託契約の委託料の額のいずれか低い方の額とする。

2 前項の委託料の額は、申請があった日の属する年度における委託契約の委託料の額とする。

(不当利益の返還)

第8条 市長は、虚偽の申請その他不正の行為等により償還払を受けた者があった場合は、当該償還払をすることとした決定の全部又は一部を取り消し、償還払をした額の返還を命ずることができる。

(その他)

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定める。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行し、この要綱の施行の日以後に実施した予防接種について適用する。

附 則 (平成26年3月31日決裁)

- 1 この要綱は、平成26年4月1日から施行する。
- 2 改正後の各務原市予防接種費の償還払に関する要綱の規定は、この要綱の施行の日以後に実施した予防接種について適用する。

附 則 (平成27年10月1日決裁)

この要綱は、決裁の日から施行する。

附 則 (平成31年2月1日決裁)

- 1 この要綱は、決裁の日から施行する。
- 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。

附 則 (平成31年4月1日決裁)

この要綱は、決裁の日から施行する。

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。

附 則 (令和4年3月31日決裁)

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

様式第1号（第4条関係）

予防接種実施依頼書 発行申請書

※申請者の方へ…申請日及び枠の中をすべてご記入ください。

年 月 日

（宛先）各務原市長

申請者（保護者）

住所	
氏名	（続柄 ）
電話	

下記の事情により、各務原市指定医療機関で予防接種を受けることができません。

滞在先の市町村又は医療機関で予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書を発行してください。

接種につきましては、依頼する市町村又は医療機関の実施方法に従います。

被接種者	氏名		性別	男・女	生年 月日	年 月 日 ( 歳 カ月)
	住所	各務原市			電話	
希望する 予防接種名						

滞在先等	住所	〒  (世帯主氏名 )
	電話	
	滞在理由	

\* 予防接種を依頼できることを確認していただき、下記をご記入ください。

医療機関名		所在地	
医師名		電話	

予防接種実施依頼書 発行申請書

※申請者の方へ…申請日及び枠の中をすべてご記入ください。

年 月 日

(宛先) 各務原市長

申請者 (本人又は代理人)

住所	
氏名	(続柄 )
電話	

各務原市に住民票を有したまま市外の介護施設等に入所・入院しているため、各務原市指定医療機関で予防接種を受けることができません。

入所・入院先の市町村又は医療機関で予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書を発行してください。接種につきましては、依頼する市町村又は医療機関の実施方法に従います。

被接種者	氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	住所	各務原市	生活保護世帯 該当の有無		有・無	
希望する 予防接種名						

※生活保護世帯該当が「有」の場合、申請において、私の生活状況について社会福祉課での名簿閲覧に同意します。

入所・入院施設	名称		種別	<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 病院 (治療入院) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	住所	〒		
	電話		担当者	

\* 予防接種を依頼できることを確認していただき、下記をご記入ください。

医療機関名		所在地	
医師名		電話	

依頼書送付先	<input type="checkbox"/> 申請者	<input type="checkbox"/> 施設担当者
	<input type="checkbox"/> 依頼先市町村	<input type="checkbox"/> 依頼先医療機関

様

各務原市長

予防接種実施依頼書

各務原市に住所を有する下記の者が、貴市の実施する予防接種を受けることを希望する申出がありました。ご多用のところ恐縮ですが、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

なお、予防接種費用は、全額自己負担となり、各務原市の償還払いの対応となりますので、予診票の原本を本人に返却いただくようお願いいたします。

（1） 予 防 接 種 名

（2） 被 接 種 者 氏 名

（3） 生 年 月 日

（4） 住 所

（5） 保 護 者 氏 名

（6） 滞 在 先 住 所

（7） 滞 在 理 由

（8） 依 頼 書 の 有 効 期 限

当該予防接種により健康被害が発生した場合は、予防接種法第15条第1項の規定に基づき、本市が救済のための措置を講じます。

なお、接種実施結果につきましては、保護者が本市に報告することとなっておりますので申し添えます。

様

各務原市長

予防接種実施依頼書

各務原市に住所を有する下記の者が、貴市の実施する予防接種を受けることを希望する申出がありました。ご多用のところ恐縮ですが、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

なお、予防接種費用は、全額自己負担となり、各務原市の償還払いの対応となりますので、予診票の原本を本人に返却いただくようお願いいたします。

記

- （1） 予防接種名
- （2） 被接種者氏名
- （3） 生 年 月 日
- （4） 住 所
- （5） 滞在先住所
- （6） 滞在理由
- （7） 依頼書の有効期限

当該予防接種により健康被害が発生した場合は、予防接種法第15条第1項の規定に基づき、本市が救済のための措置を講じます。

なお、接種実施結果につきましては、被接種者が本市に報告することとなっておりますので申し添えます。

様

各務原市長

予防接種実施依頼書

各務原市に住所を有する下記の者が、貴医療機関において予防接種を受けることを希望する申出がありました。ご多用のところ恐縮ですが、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

なお、予防接種費用は、全額自己負担となり、各務原市の償還払い対応となりますので、予診票の原本を本人に返却いただくようお願いいたします。

- （1） 予 防 接 種 名
- （2） 被接種者氏名
- （3） 生 年 月 日
- （4） 住 所
- （5） 保 護 者 氏 名（B類疾病以外の予防接種の場合に記載）
- （6） 滞 在 先 住 所
- （7） 滞 在 理 由
- （8） 依 頼 書 の 有 効 期 限

当該予防接種により健康被害が発生した場合は、予防接種法第15条第1項の規定に基づき、本市が救済のための措置を講じます。

予防接種費償還払申請書

年 月 日

（宛先）各務原市長

請求者 住 所 〒  
各務原市

氏 名  
被接種者との関係  
電話番号

予防接種を受けましたので、各務原市予防接種費の償還払に関する要綱第5条の規定により、予防接種費の償還を申請します。

【予防接種費の振込先】

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

注意事項

- ・接種日から6か月以内に申請してください。
- ・申請の際には、予診票、予防接種日の領収書（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予防接種費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	償還払い額	
	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	
合計		円	円	

市  接種日において各務原市民  済証の発行（B類のみ）  
 確  請求者氏名と口座名義人（16歳以上は同一）  通帳等の写し受取  
 認  接種券は市指定を利用  接種券の医師署名・保護者（本人）自署

※太枠内は市で記入

受付者 \_\_\_\_\_