

東浦町医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助金
交付要綱

(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項の規定による予防接種（以下「定期予防接種」という。）の効果が、医療行為により期待できないと医師に認められ、任意で再接種する者を対象に交付する東浦町医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助金（以下「補助金」という。）に関し、東浦町補助金等交付規則（昭和52年東浦町規則第5号）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(対象予防接種)

第2条 補助の対象となる予防接種は、次の各号のいずれにも該当する予防接種とする。

- (1) 法第2条第2項に規定するA類疾病（痘そうを除く。）に係る予防接種
- (2) 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。）に規定するワクチンを使用した予防接種

(接種対象者)

第3条 補助の対象となる予防接種の対象者（以下「接種対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 骨髄移植手術その他の医療行為により免疫を失い、接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと医師が認める者であること。
- (2) 補助対象となる予防接種の再接種を受けた時点において、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づき、東浦町の住民基本台帳に登録されている者であること。
- (3) 接種済みの定期予防接種の接種回数及び接種間隔が、実施規則の規定によるものであること。
- (4) 補助対象となる予防接種が、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である場合は、再接種日に同条の表に掲げる年齢未満であること。ただし、当該年齢以上であつても予防接種の効果が期待できると医師が認めた場合は、この限りでない。

2 前項の規定にかかわらず、町長が特に必要があると認める者は、接種対象者とする。

(補助対象者)

第4条 補助金の交付の対象となる者（以下「補助対象者」という。）は、接種対象者の保護者（予防接種の対象者に対して親権を行う者、未成年後見人その他児童を現に監護する者をいう。）又は接種対象者（満18歳以上に限る。）とする。

(補助金の額)

第5条 補助金の額は、町長が定める額を限度として予防接種に要した額とし、予算で定める範囲内において定める。

(認定申請)

第6条 補助金の交付を受けようとする補助対象者（以下「申請者」という。）は、予防接種を行う前に、医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助対象者認定申請書（様式第1）に母子健康手帳の写し又は定期予防接種の接種履歴が確認できる書類を添えて町長に提出するものとする。

(認定申請に対する審査及び通知)

第7条 町長は、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、適当と認めるときは、申請者に対し、医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助対象者認定通知（様式第2）により通知するとともに、予防接種を実施する医療機関に対し、医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種実施依頼書（様式第3）により通知するものとする。

2 前項の審査の結果、適当と認められないときは、医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助対象者不認定通知（様式第4）により申請者に通知するものとする。

(交付申請)

第8条 前条第1項の規定により認定を受けた補助対象者は、接種対象者が予防接種を受けた後、医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助金交付申請書（様式第5）に次に掲げる書類を添えて町長に提出するものとする。

(1) 予防接種予診票

(2) 予防接種の接種医療機関名、種類及び接種日並びに予防接種に要した費用が記載された領収書

2 前項の申請は、予防接種を受けた日の属する年度の翌年度3月末日までに町長に提出するものとする。

(補助金の交付決定及び請求)

第9条 町長は、前条第1項の規定による申請を受けたときは、その内容を審査し、適当と認められるときは補助金の額を決定し、医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助金交付決定通知（様式第6）により申請者に通知するものとする。

2 前項の審査の結果、適当と認められないときは、医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助金不交付通知（様式第7）により申請者に通知するものとする。

3 補助金の交付決定を受けた者は、医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助金交付請求書（様式第8）により町長に補助金の交付を請求するものとする。

(交付決定の取り消し及び補助金の返還)

第10条 町長は、補助金の交付決定を受けた者が次の各号のいずれかに該当する場合は、補助金の交付決定の全部若しくは一部を取り消し、又は交付した補助金の全部若しくは一部を返還させることができる。

- (1) 法令及びこの要綱に違反したとき。
- (2) 提出書類に虚偽の記載がある等の不正な行為があったとき。
- (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、町長が定める。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

様式第 1（第 6 条関係）

医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助対象者認定申請書

年 月 日

東浦町長

申請者
住 所
電話番号
氏 名 印

医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助金交付要綱第 6 条の規定に基づき、予防接種を受けたいので申請します。

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、東浦町長がその情報を関係機関に問い合わせること及び予防接種実施機関に提供することに同意します。

被接種者	住 所	
	ふ り が な 氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日（満 歳 か月）
疾 患 名		
理 由 書 （医師記入欄）	接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由	医療機関所在地 医療機関名 電話番号 医師署名又は記名押印
	今回接種する予防接種の種類	
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
備 考		

（添付書類）母子健康手帳の写し又は予防接種履歴が確認できる書類

第 号
年 月 日

様

東浦町長

医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助対象者認定通知書

年 月 日付けで申請のありました医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助対象者認定については、本通知に記載のある内容で予防接種を受けた場合に、補助金の交付対象と認定したので、東浦町医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助金交付要綱第7条第1項の規定により通知します。

ふ り が な 被 接 種 者 氏 名		
被 接 種 者 生 年 月 日		年 月 日 (歳 か月)
被 接 種 者 住 所		東浦町大字 字
予 防 接 種 名		
実施医療機関等名		
申 請 者	氏 名	
	住 所	
	電話番号	— —
有 効 期 限		年 月 日までに接種を受けてください。期限後の接種は無効となります。

備考1 同封の予防接種予診票と「予防接種実施依頼書」(実施医療機関等あて)を持参して、予防接種を受けてください。

2 補助金の交付を申請するためには、接種後に補助金交付申請書の提出が必要となります。同封の「補助金交付申請書」に予防接種予診票と接種に要した金額のわかる領収書を添えて 課へ提出してください。

様式第3（第7条関係）

第 号
年 月 日

様

東浦町長

医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種実施依頼書
このことについて、次のとおり予防接種を実施して下さるようお願いいたします。

ふ り が な 被 接 種 者 氏 名		
被接種者生年月日		年 月 日（ 歳 か月）
被 接 種 者 住 所		東浦町大字 字
予 防 接 種 名		
申 請 者	氏 名	
	住 所	
	電話番号	
有 効 期 限		年 月 日までに接種を受けてください。期限後の接種は無効となります。
接種完了後は予防接種予診票を保護者又は被接種者にお渡し下さるようお願いいたします。 接種費用については、本人負担となりますので、接種に要した金額がわかる領収書を本人に交付してください。 接種費用は、後日申請により本人に補助金として交付する予定です。		

様式第4（第7条関係）

第 号
年 月 日

様

東浦町長

東浦町医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助対象者不認定通知書

年 月 日付けで申請のありました東浦町医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助対象者認定については、下記の理由により認定できませんので、東浦町医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助金交付要綱第7条第2項の規定により通知します。

記

不認定の理由

様式第5（第8条関係）

医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助金交付申請書

年 月 日

東浦町長

申請者

住 所

電話番号

氏 名

印

東浦町医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助金実施要綱に基づき補助を受けたいので、下記のとおり申請します。なお、審査のため、住民基本台帳を閲覧することに同意します。

記

予防接種を受けた者の氏名		生年月日（年齢）	年 月 日 （ 歳 か月）
種類	接種日	支払額	補助限度額
	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
交 付 申 請 額	円		

（添付書類）

- 1 予防接種予診票
- 2 予防接種の接種医療機関名、種類及び接種日並びに予防接種に要した費用が記載された領収書

様式第6（第9条関係）

年 月 日

様

東浦町長

医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助金については、下記のとおり交付決定したので、東浦町医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助金交付要綱第9条第1項の規定により通知します。

記

交付決定額

円

様式第7（第9条関係）

年 月 日

様

東浦町長

医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助金不交付
通知書

年 月 日付けで申請のあった医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助金については、下記の理由により交付しないことに決定したので、東浦町医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助金交付要綱第9条第2項の規定により通知します。

記

不交付の理由

様式第8（第9条関係）

医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助金交付請求書

年 月 日

東浦町長

申請者
住 所
電話番号
氏 名 印

年 月 日付け 第 号で決定通知のありました東浦町医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費補助金について、下記のとおり請求します。

記

1 補助金請求額
金 円

2 補助金振込先

振込先	金融機関名			
	口座種別 普通・当座	口座番号		
	口座名義（ふりがな）			

備考 振込先は申請者名義の口座を記入してください。