

大口町特別の理由による任意予防接種費用助成事業実施要綱

(目的)

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項に規定する予防接種（以下「定期予防接種」という。）により接種したワクチンを骨髄移植手術を受けたことその他の特別の理由により、任意で再度接種する者に対し、当該ワクチンの再接種に要する費用を助成することにより、当該者の経済的負担の軽減並びに疾病の感染及び発病防止を図ることを目的とする。

(助成対象者)

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

- (1) 骨髄移植手術を受けたことその他の特別の理由により、定期予防接種により接種済みのワクチン（以下「定期予防接種済ワクチン」という。）の予防効果が期待できないと主治医に判断されていること。
- (2) 申請時及び定期予防接種済ワクチンの再接種（以下「再接種」という。）の日において大口町の住民基本台帳に記録されていること。
- (3) 定期予防接種済ワクチンの接種回数及び接種間隔が、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。）の規定によるものであること。

(助成対象予防接種の種類)

第3条 助成の対象となる再接種は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 法第2条第2項に規定するA類疾病に係るものであること。
- (2) 使用するワクチンが、実施規則の規定によるものであること。
- (3) 予防接種法施行規則（昭和23年厚生省令第36号）第2条の7の表上欄に掲げる特定疾病に係る予防接種にあつてはそれぞれ同表下欄に掲げる年齢に達する日までに、それ以外の予防接種にあつては20歳に達する日までに接種するものであること。

(助成金の額)

第4条 町は、助成対象者が受けた再接種費用の額を助成する。ただし、再接種の日
の属する年度に町が一般社団法人尾北医師会と契約した予防接種ごとの単価
(消費税及び地方消費税を含む。)を上限とする。

(認定の申請)

第5条 助成を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、再接種を受ける
日の7日前までに、大口町特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定申請
書(様式第1)に、母子健康手帳又は骨髄移植手術を受けたことその他の特別の
理由が生じる以前の定期予防接種の履歴が確認できるものの写しを添えて町長に
提出しなければならない。

(認定申請に対する審査及び通知)

第6条 町長は、前条の申請があったときは、その内容を審査し、認定したときは
その旨を大口町特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定通知書(様式第
2。以下「認定通知書」という。)により、認定しないとしたときはその旨及び
その理由を大口町特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定却下通知書
(様式第3)により、申請者に通知するものとする。

2 町長は、前項の規定により認定したときは、再接種を実施する医師に対し、大
口町特別の理由による任意予防接種実施依頼書(様式第4)により依頼するもの
とする。

(認定の申請の取下げ)

第7条 認定の申請の取下げをしようとする者は、認定通知書を受け取った日から
起算して15日以内にその旨を記載した書面を町長に提出しなければならない。

(交付の申請)

第8条 第6条の規定により認定を受けた者は、再接種の日属する年度の末日ま
でに、大口町特別の理由による任意予防接種費用助成申請書兼請求書(様式第5。
以下「申請書」という。)に、当該再接種に係る次に掲げる書類を添えて町長に
提出しなければならない。

(1) 予防接種領収書

(2) 予防接種予診票の写し

(3) 履歴が確認できる母子健康手帳の写し

(助成金の決定等)

第9条 町長は、前条に規定する申請書を受理した場合は、その内容を審査し、適当と認めるときは、大口町特別の理由による任意予防接種費用助成決定通知書(様式第6)により、助成金の額を申請者に通知し、助成金を支払うものとする。

(助成金の返還)

第10条 町長は、申請者が偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けたときは、既に交付した助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(その他必要事項)

第11条 この要綱に定めるもののほか、助成金の交付に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則 (平成31年3月27日 大口町告示第41号)

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則 (令和2年9月30日 大口町告示第108号)

この要綱は、令和2年10月1日から施行する。

附 則 (令和3年3月30日 大口町告示第53号)

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則 (令和6年3月28日 大口町告示第30号)

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

様式第 1 (第 5 条関係)

大口町特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定申請書

大口町長 様

私（申請者（保護者））は、大口町長が、この申請に関し、町の保有する私及び私の世帯に関する住民基本台帳を閲覧することに同意します。また、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、大口町長が、その情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意の上、必要書類を添えて申請します。

年 月 日

申請者 住所

(保護者) 氏名

電話

接種 対象者	住所	□申請者に同じ	
	氏名		
	生年 月日	年	月
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 (医師記入欄)	年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 医師署名又は記名押印		
再接種する予防接種 の種類 (該当するものに○ を付ける。)	ヒブ (Hib)	1 回目、2 回目、3 回目、追加	
	小児用肺炎球菌	1 回目、2 回目、3 回目、追加	
	B 型肝炎	1 回目、2 回目、3 回目	
	四種混合 (DPT-IPV)	1 回目、2 回目、3 回目、追加	
	五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1 回目、2 回目、3 回目、追加	
	BCG		
	麻しん風しん混合 (MR)	1 期、2 期	
	水痘	1 回目、2 回目	
	日本脳炎	1 回目、2 回目、追加、2 期	
	二種混合 (DT)	2 期	
	子宮頸がん予防 (HPV)	1 回目、2 回目、3 回目	

<添付書類>母子手帳又は骨髓移植手術を受けたことその他特別の理由が生じる以前の定期予防接種の履歴が確認できるものの写し

様式第2（第6条関係）

第 号
年 月 日

大口町特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定通知書

様

大口町長



下記のとおり認定しましたので、通知します。

記

接種対象者	住 所	大口町
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
予防接種名		
医療機関名		

備考

- 1 医療機関において上記の予防接種を受け、その費用の実費を当該医療機関に支払ってください。
- 2 再接種を受けた年度の末日までに、次の書類を添付のうえ、大口町特別の理由による任意予防接種費用助成申請書兼請求書を提出してください。
 - (1) 再接種に係る予防接種領収書
 - (2) 再接種に係る予防接種予診票の写し
 - (3) 当該再接種の履歴が確認できる母子健康手帳の写し

様式第3（第6条関係）

第 号
年 月 日

大口町特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定却下通知書

様

大口町長

印

年 月 日付けで申請のありました大口町特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定の申請については、次の理由により認定却下としましたので通知します。

認定却下の理由

様式第4（第6条関係）

第 年 月 日 号

大口町特別の理由による任意予防接種実施依頼書

様

大口町長



このことについて、下記の者は、骨髄移植手術等により接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないため、再接種を依頼いたします。

記

被接種者 (予防接種を受ける人)	住 所	〒 ー 大口町		
	氏 名			男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	年齢	歳 か月
電話番号	ー ー			
保護者氏名				
予防接種名				
実施場所				
依頼書の有効期限				

様式第5（第8条関係）

大口町特別の理由による任意予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

大口町長 様

申請者 住所
(請求者)

氏名

電話

下記のとおり、大口町特別の理由による任意予防接種費用の助成について申請します。なお、助成金については、下記の振込先に振込いただきますようお願いいたします。

記

1 申請内容

被接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
接種医療機関	名称			
	所在地			
予防接種実施日	受けた予防接種の種類	接種費用① (支払い金額)	助成上限額②	助成金交付決定額 (①と②で少ない額)
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
合計				円

2 振込先

金融機関名	銀行 農協 信用金庫		店
預金種目	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

(注) 1 太枠内を記入してください。

2 振込先は、請求者名義のものにしてください。

3 添付書類

(1) 予防接種を接種した接種日、ワクチン名、料金及び医療機関名が記載された領収書
(同時接種をした場合は、予防接種ごとの料金の内訳の記載が必要です。)

(2) 再接種に係る予防接種予診票の写しと再接種の履歴が確認できる母子健康手帳の写し

4 その他：印鑑、預貯金通帳等（振込先口座の確認のため）

様式第6（第9条関係）

第 年 月 日
号

大口町特別の理由による任意予防接種費用助成決定通知書

様

大口町長



年 月 日付で申請のありました大口町特別の理由による任意予防接種費用助成金の交付について、下記のとおり決定したので、通知します。

記

1 交付決定額 金 円