

綾瀬市高齢者带状疱疹予防接種実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、綾瀬市在住の高齢者に対し、带状疱疹予防接種（以下「予防接種」という。）を実施し、また、予防接種に要する費用の一部を助成することにより、高齢者の健康の保持増進を図ることを目的とする。

(対象の予防接種)

第2条 この要綱による助成（以下「助成」という。）の対象となる予防接種は、次の各号のいずれかに該当するものとする。

- (1) 乾燥弱毒生水痘ワクチン（以下「生ワクチン」という。）
- (2) 乾燥組換え带状疱疹ワクチン（以下「不活化ワクチン」という。）

(対象者)

第3条 助成を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に規定する本市の住民基本台帳に記載されている者で、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 当該年度にて満65歳以上の者
- (2) 満60歳以上65歳未満の者であって、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害を有し、身体障害者手帳1級に相当する者

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する場合は助成の対象外とする。

- (1) 生ワクチンの接種についての助成を既に受けた者
- (2) 不活化ワクチンの接種についての助成を既に2回受けた者

(予防接種の実施)

第4条 予防接種は、市長の要請により予防接種に協力することを承諾した医療機関（以下「受託医療機関」という。）に委託し、実施する。

(実施期間)

第5条 予防接種の実施期間は、毎年度市長が定めるものとする。

(接種券及び予診票の交付)

第6条 市長は、接種の希望があった場合は、その内容を審査し、綾瀬市高齢者带状疱疹予防接種券及び綾瀬市高齢者带状疱疹予防接種予診票（以下「接種券及び予診

票」という。)を予防接種を希望する対象者(以下「予防接種希望者」という。)に交付するものとする。

(予防接種の方法)

第7条 予防接種希望者は、接種券及び予診票を受託医療機関に提出し、予防接種を受けるものとする。

(接種費用)

第8条 予防接種に要する費用は、神奈川県都市衛生行政協議会、神奈川県町村保健衛生連絡協議会及び社団法人神奈川県医師会(昭和22年11月1日に社団法人神奈川県医師会という名称で設立された法人をいう。)との覚書で定めた額とする。

(一部負担金及び助成回数)

第9条 予防接種希望者は、接種費用の一部(以下「一部負担金」という。)として、別表に掲げる額を負担するものとする。

2 助成を受けることができる回数は、別表に掲げる助成回数のおりとする。

3 予防接種希望者は、予防接種を受ける際に受託医療機関に支払うものとする。

(一部負担金の免除)

第10条 前条第1項の規定にかかわらず、市長は、予防接種希望者が次に掲げる世帯に属する者であるときは、一部負担金を免除することができる。

(1) 生活保護法(昭和25年法律第144号)による被保護世帯

(2) 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)の規定による生活支援給付を受けている世帯

(3) 申請日時点で市民税が非課税の世帯

(4) その他市長が特に免除の必要があると認めた世帯

(免除の申請)

第11条 前条の規定により、一部負担金の免除を受けようとする予防接種希望者(以下「免除申請者」という。)は、予防接種を受ける前に綾瀬市高齢者带状疱疹予防接種費用免除申請書(第1号様式。以下「免除申請書」という。)を市長に提出し、承認を受けなければならない。この場合において、免除申請者が予防接種法(昭和23年法律第68号)に規定する定期B類対象者である場合は、第1号様式の2を添えるものとする。

2 市長は、免除申請書の提出があったときは、これを審査し、綾瀬市高齢者带状疱疹予防接種費用免除承認書（第2号様式。以下「承認書」という。）により、免除申請者に通知するものとする。

3 承認書の交付を受けた者が予防接種を受けるときは、承認書を受託医療機関に提出しなければならない。

（一部負担金の助成）

第12条 市長は、予防接種希望者が免除申請書を提出することができない特別の事情があると認めたときは、一部負担金に相当する額を助成することができる。

2 前項の規定により一部負担金の助成を受けようとする者は、綾瀬市高齢者带状疱疹予防接種費用助成申請書（第3号様式。以下「助成申請書」という。）に次に掲げる書類を添えて市長に提出するものとする。

（1）綾瀬市高齢者带状疱疹予防接種済証

（2）一部負担金として支払ったことが分かる領収書

（3）助成を受けようとする者が予防接種法に規定する定期B類対象者である場合は、第1号様式の2

3 市長は、助成申請書の提出があったときは、その内容を審査し、綾瀬市高齢者带状疱疹予防接種費用助成決定通知書（第4号様式。以下「助成決定通知書」という。）により助成申請書を提出した者に通知するものとする。

4 助成決定通知書の交付を受けた者は、綾瀬市带状疱疹予防接種費用助成金請求書（第5号様式）を市長に提出し、助成を受けるものとする。

（不正利得の返還）

第13条 市長は、偽りその他不正な手段により、予防接種を受けた者があるときは、予防接種に要した費用に相当する額を返還させるものとする。

（委任）

第14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

この要綱は、令和7年4月1日から施行し、同日以後に実施する予防接種について適用する。

附 則

この要綱は、令和7年11月1日から施行する。

別表（第 9 条関係）

予防接種の種類	一部負担金	助成回数
生ワクチン	1 回につき 3，0 0 0 円	1 人につき 1 回
不活化ワクチン	1 回につき 7，0 0 0 円	1 人につき 2 回

綾瀬市高齢者带状疱疹予防接種費用免除申請書

年 月 日

（宛先）綾 瀬 市 長

綾瀬市高齢者带状疱疹予防接種費用の免除を受けたいので次のとおり申請します。
なお、費用免除事務に当たり、住民基本台帳並びに申請者、配偶者及び同居者の
市県民税額を課税台帳により確認することについて同意します。

※ 太枠内を記入してください。

フリガナ		生年月日															
氏 名		年 月 日															
個人番号	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																個人番号の記入は、予防接種法に規定する定期B類対象者に限る。
住 所	〒 電話番号 ()																
理 由	1 生活保護受給世帯 2 中国残留邦人支援法該当者 3 市民税非課税世帯 4 その他 ()	←該当する番号に○をつけてください。															

第 1 号様式の 2（第 1 1 条関係、第 1 2 条関係）

フリガナ		生年月日
氏 名		年 月 日
個人番号		個人番号の記入は、予防接種法に規定する定期B類対象者に限る。
住 所	〒 電話番号 ()	
フリガナ		生年月日
氏 名		年 月 日
個人番号		個人番号の記入は、予防接種法に規定する定期B類対象者に限る。
住 所	〒 電話番号 ()	
フリガナ		生年月日
氏 名		年 月 日
個人番号		個人番号の記入は、予防接種法に規定する定期B類対象者に限る。
住 所	〒 電話番号 ()	
フリガナ		生年月日
氏 名		年 月 日
個人番号		個人番号の記入は、予防接種法に規定する定期B類対象者に限る。
住 所	〒 電話番号 ()	
フリガナ		生年月日
氏 名		年 月 日
個人番号		個人番号の記入は、予防接種法に規定する定期B類対象者に限る。
住 所	〒 電話番号 ()	

綾瀬市高齢者带状疱疹予防接種費用免除承認書

年 月 日

様

高齢者带状疱疹予防接種事業について、費用免除者であることを承認します。

綾瀬市長



費用免除者記入欄

綾瀬市高齢者带状疱疹予防接種に要する費用について、次の医療機関にその請求を委任します。

氏 名

※受託医療機関記入欄

接 種 年 月 日	年 月 日
接 種 費 用	円
医 療 機 関 名	所 在 地 医療機関名 代表者氏名 電話番号

〔申請者→受託医療機関→綾瀬市〕

第 3 号様式（第 1 2 条関係）

綾瀬市高齢者带状疱疹予防接種費用助成申請書

年 月 日

（宛先）綾瀬市長

次のとおり綾瀬市高齢者带状疱疹予防接種費用の助成を受けたいので申請します。
なお、費用助成の審査に当たり、住民基本台帳及び申請者、配偶者並びに同居の所得状況等を課税台帳により確認すること、また他の市区町村に照会することについて同意します。確認できない場合は関係書類を提出します。

ふりがな		生年月日															
申請者氏名		年 月 日															
個人番号	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																個人番号の記入は、予防接種法に規定する定期B類対象者に限る。
住 所	〒 電話番号 （ ）																
理 由	☐ 生活保護受給世帯 ☐ 中国残留邦人支援給付世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ その他																
助成額	円																

第4号様式 (第12条関係)

綾瀬市高齢者带状疱疹予防接種費用助成決定通知書

年 月 日

様

綾瀬市長



年 月 日付けで申請のありました綾瀬市高齢者带状疱疹予防接種費用の助成について、次のとおり決定しましたので通知します。

- 1 決定区分 ☐ 助成する
☐ 助成しない

(理由)

- 2 助成決定額 円

第 5 号様式（第 1 2 条関係）

綾瀬市高齢者带状疱疹予防接種費用助成金請求書

年 月 日

（宛先）綾瀬市長

住所

氏名

次の金額を請求いたします。

件 名	金 額
高齢者带状疱疹予防接種費用助成金	

振込先

フリガナ			
口座名義人			
金融機関コード		支店コード	
金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店名	支店
預金種目	☐ 普通・総合 ☐ 当座	口座番号	