

綾瀬市予防接種再接種助成金交付要綱

(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項に規定する定期の予防接種（以下「定期予防接種」という。）で第2条第2項に規定するA類疾病に関する予防接種を受けた者が、骨髄移植等の医療行為により免疫が低下又は消失し、再度の予防接種（以下「再接種」という。）を受けた場合に、その費用の全部又は一部を助成することについて、必要な事項を定めるものとする。

(再接種の対象者)

第2条 再接種の対象となる者（以下「被接種者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 再接種を受ける日において、本市に住民登録を有している者
- (2) 骨髄移植等の医療行為により、過去に受けた定期予防接種の効果が期待できないため医師に再接種が必要と診断された者
- (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9の表の上欄に掲げる特定疾病に係る予防接種にあっては、同表の下欄に掲げる年齢に達するまで、それ以外の予防接種にあっては20歳に達するまでの者

(助成の対象者)

第3条 助成金を受けることができる者は、被接種者の保護者（親権を行う者、後見人又は現に被接種者を養育している者をいう。）とする。

(助成金額)

第4条 助成金の交付額は、予防接種の種類に応じて再接種に要した費用とし、別表に定める額を限度とする。

(予防接種の申請)

第5条 助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、被接種者が再接種を受ける前に、綾瀬市予防接種再接種依頼申請書（第1号様式）に次に掲げる書類を添えて、市長に申請しなければならない。

- (1) 予防接種再接種に係る医師の理由書（第2号様式）
- (2) 母子健康手帳又は再接種が必要となる理由が生じる前に当該予防接種を受けた

ことが分かる書類

(3) その他市長が必要と認める書類

(予防接種依頼書等の交付)

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、適当と認めたときには、綾瀬市予防接種再接種依頼書（第3号様式。以下「依頼書」という。）を申請者に交付するものとする。

(接種方法)

第7条 前条の規定により依頼書の交付を受けた者（以下「助成対象者」という。）は、医療機関に依頼書を提出して再接種を受け、その再接種に要する費用を当該医療機関に支払うものとする。

(助成金の交付申請)

第8条 助成対象者は、被接種者が再接種を受けた日から1年以内に綾瀬市予防接種再接種助成金交付申請書（第4号様式。以下「交付申請書」という。）に次に掲げる書類を添えて、市長に申請しなければならない。

(1) 再接種の費用を支払ったことを証する書類

(2) 予防接種予診票（市提出用）

(3) その他市長が必要と認める書類

(交付決定)

第9条 市長は、前条に規定する申請があったときは、その内容を審査し、助成金の交付の可否を決定し、綾瀬市予防接種再接種助成金交付（不交付）決定通知書（第5号様式）により助成対象者に通知するものとする。

(請求)

第10条 前条の規定により助成金の交付の決定を受けた者は、速やかに綾瀬市予防接種再接種助成金交付請求書（第6号様式）を市長に提出しなければならない。

(助成金の交付)

第11条 市長は、前条の交付請求書の提出があったときは、速やかに助成金を交付するものとする。

(助成金の交付決定の取消し等)

第12条 市長は、第9条に規定する交付の決定を受けた者が、次の各号のいずれか

に該当するときは、助成金の交付決定を取り消すことができる。この場合において、既に交付した助成金があるときは、その全部又は一部を返還させることができる。

(1) 偽りその他不正な手段により助成金の交付の決定を受け、又は受けようとしたとき。

(2) この要綱の規定に違反したとき。

(委任)

第13条 この要綱に定めるもののほか、その他必要な事項については、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 改正前の様式に基づいて作成した用紙は、なお当分の間、必要な調整をして使用することができる。

附 則

この要綱は、令和3年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年10月1日から施行する。

別表（第4条関係）

予防接種助成金限度額

予防接種の種類	対象年齢	助成金限度額
		接種料（ワクチン代含む）
二種混合	13歳以上	5,214円
三種混合	3歳未満	7,722円
	3歳以上6歳未満	6,292円
	6歳以上	5,467円
四種混合	3歳未満	13,882円
	3歳以上6歳未満	12,452円
	6歳以上15歳未満	11,627円
五種混合	3歳未満	23,639円
	3歳以上6歳未満	22,209円
	6歳以上15歳未満	21,384円
麻しん風しん混合	3歳未満	13,277円
	3歳以上6歳未満	11,847円
	6歳以上	11,022円
麻しん	3歳未満	9,317円
	3歳以上6歳未満	7,887円
	6歳以上	7,062円
風しん	3歳未満	9,317円
	3歳以上6歳未満	7,887円
	6歳以上	7,062円
日本脳炎	3歳未満	9,823円
	3歳以上6歳未満	8,393円
	6歳以上	7,568円
不活化ポリオ	3歳未満	12,485円
	3歳以上6歳未満	11,055円
	6歳以上	10,230円
小児肺炎球菌	3歳未満	14,608円
	3歳以上6歳未満	13,178円
ヒブ	3歳未満	11,869円
	3歳以上6歳未満	10,439円
	6歳以上10歳未満	9,614円
水痘	3歳未満	11,341円
	3歳以上6歳未満	9,911円
	6歳以上10歳未満	9,086円
B型肝炎 0.25ml	3歳未満	8,569円
	3歳以上6歳未満	7,139円
	6歳以上10歳未満	6,314円
B型肝炎 0.5ml	10歳以上	6,611円
子宮頸がん	サーバリックス	18,161円
	ガーダシル	
	シルガード9	30,019円

第 1 号様式（第 5 条関係）

綾瀬市予防接種再接種依頼申請書

年 月 日

（宛先）綾 瀬 市 長

申 請 者 住 所
（保護者）

氏 名
被接種者との続柄
電話番号

別紙「予防接種再接種に係る医師の理由書」に記載されている理由により、次のとおり予防接種の再接種を受けたいので申請します。

被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
	住 所	綾瀬市
再接種を実施する医療機関	医療機関名称 受 診 科 名 所 在 地 電 話 番 号	
再接種を受ける 予防接種の種類		

添付書類 ☐ 予防接種再接種に係る医師の理由書（別紙 第 2 号様式）
☐ 母子健康手帳又は予防接種履歴の分かる書類

予防接種再接種に係る医師の理由書

年 月 日

（宛先）綾 瀬 市 長

次の者について、骨髄移植等の医療行為により、接種済みの定期予防接種の効果が期待できなくなったため、次のとおり再接種が必要な状態と判断します。

被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
	住 所	綾瀬市
再接種を必要と なった疾病名及 び理由	疾病名	
	該当理由	
	(疾病の治療が終了し、再接種が可能となった日) 年 月 日	
再接種が必要な 予防接種の種類		
医療機関	名称	
	所在地	
	電話番号	
	医師名 (署名又は記名押印)	
	印	

予防接種再接種依頼書

年 月 日

様

綾瀬市長



貴医療機関において、本市民が次のとおり予防接種の再接種を希望していますので、実施していただきますようお願いいたします。

被接種者	住 所	綾瀬市
	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）
	電話番号	
保護者氏名		
再接種可の予 防接種の種類		
依頼理由		
備 考		
有効期限	年 月 日まで	

備考 予防接種に要する費用については、自己負担として被接種者等より徴収してください。予防接種予診票（市提出用）は、被接種者等にお渡してください。

綾瀬市予防接種再接種助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)
綾 瀬 市 長

申 請 者 住 所
氏 名
被接種者との続柄
電話番号

綾瀬市予防接種再接種助成金の交付を受けたいので、綾瀬市予防接種再接種助成金
交付要綱第 8 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

被接種者名	住 所			
	ふりがな 氏 名			
	生年月日			
保護者氏名				
接種医療機関	別紙 予防接種予診票のとおり			
予防接種の種類	期別	接種年月日	接種料金	助成金額
		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
交付申請額			円	

- 添付書類 1 再接種の費用を支払ったことを証する書類
2 予防接種予診票（市提出用）

綾瀬市予防接種再接種助成金交付（不交付）決定通知書

年 月 日

様

綾瀬市長 

年 月 日付けで提出のありました綾瀬市予防接種再接種助成金交付申請について、次のとおり決定しましたので、綾瀬市予防接種再接種助成金交付要綱第 9 条の規定により通知します。

☐ 交付します

被接種者	ふりがな 氏 名	
	住 所	
	生年月日	
保護者氏名		
予防接種の種類	回 数	助成金額
		円
		円
		円
		円
		円
		円
		円
		円
		円
助成金額合計		円

☐ 交付しません

(理由)

綾瀬市予防接種再接種助成金交付請求書

年 月 日

（宛先）綾 瀬 市 長

申請者 住 所
氏 名
連絡先

綾瀬市予防接種再接種助成金交付要綱第 1 0 条の規定により、次のとおり請求します。

請求額（税込み）	円
交付決定額	円

< 口座振込先 >

フリガナ			
口座名義人			
金融機関コード			
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 当 座	口座番号	