

綾瀬市おたふくかぜ予防接種費助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、幼児のおたふくかぜの感染予防と感染による髄膜炎や難聴などの合併症を予防するため、おたふくかぜの予防接種（以下「予防接種」という。）に要した費用の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。

(対象者)

第2条 この要綱による助成（以下「助成」という。）を受けることができる者（以下「助成対象者」という。）は、予防接種時に住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）の規定による本市の住民基本台帳に記録されている生後12月以上24月未満である者（以下「接種対象者」という。）の保護者（親権を行う者又は後見人をいう。）とする。

2 前項の規定にかかわらず、接種対象者が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) おたふくかぜにかかったことのある場合
- (2) 既におたふくかぜワクチンの予防接種履歴がある場合

(予防接種の実施)

第3条 助成対象の予防接種は、予防接種を行うことについて市の委託を受けた医療機関（以下「受託医療機関」という。）が実施する。

2 前項の規定にかかわらず、助成対象者があらかじめ綾瀬市おたふくかぜ予防接種申請書（第1号様式）を市長に提出し、市長がこれを審査のうえ承認した場合は、受託医療機関以外の医療機関（以下「受託外医療機関」という。）が実施する予防接種を助成対象とすることができる。

3 市長は、前項の承認をしたとき又は不承認の決定をしたときは、綾瀬市おたふくかぜ予防接種承認（不承認）決定通知書（第2号様式）により助成対象者に通知するものとする。

(助成額等)

第4条 助成金の額は、3,000円を上限として、予防接種に要した実際の費用の額とする。

2 助成の回数は、接種対象者1人につき1回とする。

(健康被害の救済措置)

第5条 予防接種により生じた健康被害の救済については、次のとおりとする。

- (1) 予防接種により生じた健康被害については、市が加入する全国市長会予防接種事故賠償補償保険制度により行うものとする。
- (2) 市長は、接種対象者が受託医療機関又は受託外医療機関において予防接種を受け、障害の状態となり、又は死亡した場合等において、当該健康被害が当該予防接種を受けたことによるものであると認めた場合は、健康被害の状況に応じた給付を行うものとする。
- (3) 前2号に定めるもののほか、医薬品の副作用による健康被害について、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）の規定による副作用救済給付により救済するものとする。
- (4) 市長は、受託医療機関及び助成対象者に対し、前号に規定する副作用救済給付制度を周知するものとする。

（助成の方法等）

第6条 助成対象者は、接種対象者が受託医療機関で予防接種を受けた場合において、当該受託医療機関が予防接種に要した費用から第4条第1項に規定する助成金の額を控除することにより助成を受けるものとする。

2 受託医療機関は、接種対象者に予防接種を実施した場合は、実施した日の属する月の翌月の10日までに市長に報告するものとする。

3 助成対象者は、接種対象者が受託外医療機関において予防接種を受けた場合は、接種日から1年以内に綾瀬市おたふくかぜ予防接種費助成申請書（第3号様式）に次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。

- (1) 受託外医療機関が発行した予防接種に係る領収書
- (2) 予診票又は接種対象者の予防接種の記録を確認できる書類
- (3) 前2号に掲げるもののほか市長が必要と認める書類

4 市長は、前項の申請を受けた場合は、内容を審査し、綾瀬市おたふくかぜ予防接種費助成決定通知書（第4号様式）により通知するものとする。

（不正利得の返還）

第7条 市長は、偽りその他不正な手段により、助成を受けた者があるときは、助成金の額の全部又は一部を返還させるものとする。

（委任）

第 8 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 4 年 4 月 1 日から施行し、同日以後に実施するおたふくかぜの予防接種について適用する。

綾瀬市おたふくかぜ予防接種申請書

年 月 日

（宛先）綾瀬市長

（申請者）住 所

氏 名

接種対象者との続柄

電話番号

綾瀬市おたふくかぜ予防接種費助成事業実施要綱第 3 条の規定に基づき、市指定の医療機関以外で接種を受けたいので、次のとおり申請します。また、助成の審査にあたり、住民基本台帳並びに既往歴及び接種歴を確認することに同意します。

接種対象者 (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	
接種を受けようとする医療機関	医療機関名 (受診科名)	(科)
	所在地	
申請理由	1 接種を受けようとする医療機関に（通院中・入院中・かかりつけ）のため（当てはまるものに○をつけてください。）	
	2 その他 理由（ ）	
連絡先 (申請者と異なる場合のみ記入してください。)	氏名	
	住所	
	電話番号	
備考		

第 2 号様式（第 3 条関係）

綾瀬市おたふくかぜ予防接種承認（不承認）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おたふくかぜ予防接種申請について、次のとおり決定したので通知します。

また、万一この予防接種に起因する健康被害が生じた場合は、予防接種法及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構法の規定に基づき、本市が救済の措置を講じます。

助成の可否	☐ 承認する。 ☐ 承認しない。	
接種対象者 (予防接種を受ける人)	氏 名	
	生年月日	
	住 所	
接種を実施する医療機関		
備考		

綾瀬市おたふくかぜ予防接種費助成申請書

年 月 日

（宛先）綾瀬市長

（申請者）住 所
氏 名
接種対象者との続柄
電話番号

年 月 日に承認されたおたふくかぜ予防接種の費用について、次のとおり助成を申請します。

接種対象者 (接種を受けた人)	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	
接種を実施した 医療機関	医療機関名 (受診科名)	(科)
	所在地	
接種日	年 月 日	
助成申請額	円	
連絡先 (申請者と異なる場合のみ記入してください。)	氏名	
	住所	
	電話番号	
備考		

添付書類 ☐ 予防接種に係る領収書
☐ 予診票（又は母子健康手帳の予防接種記録の写し）

第4号様式（第6条関係）

綾瀬市おたふくかぜ予防接種費助成決定通知書

年 月 日

様

綾瀬市長



年 月 日付けで申請のありました、おたふくかぜ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