

鹿屋市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、疾病の発生及び蔓延を予防するとともに、経済的負担の軽減を図るため、骨髄移植その他医療行為（以下「骨髄移植等の医療行為」という。）により接種済みの予防接種法（昭和23年法律第68号。以下「法」という。）に基づく定期の予防接種（以下「定期予防接種」という。）の予防効果が期待できないと医師に判断された者が、再度、任意で受ける定期予防接種（以下「再接種」という。）の費用の助成について必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

第2条 再接種の費用の助成の対象となる者（以下「対象者」という。）は、接種日（再接種を受ける日をいう。以下同じ。）において市内に住所を有する20歳未満の者であって、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 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予防効果が期待できないと医師に判断されていること。
- (2) 接種済みの定期予防接種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。

(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。

(助成金の額)

第4条 助成金の額は、再接種に要した費用として医療機関に支払った額とする。ただし、再接種を受けた日の属する年度に市が鹿屋市医師会と締結した定期予防接種に係る委託契約に基づく定期予防接種の費用の額を上限とする。

(申請)

第5条 対象者は、骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種を受ける前に、鹿屋市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成対象認定申請書（別記第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) 鹿屋市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成に係る医師意見書

(別記第2号様式)

(2) 母子健康手帳その他骨髄移植等の医療行為前の定期予防接種歴が確認できる書類

(認定書等の通知)

第6条 市長は、前条の申請があったときは、その内容を審査し、認定することが適当と認めるときは鹿屋市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成対象者認定通知書(別記第3号様式)により、認定することが不適当と認めるときは鹿屋市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成対象不認定決定通知書(別記第4号様式)により、当該申請を行った者に通知するものとする。

(実施方法)

第7条 前条の認定を受けた対象者は、国内の医療機関で再接種を受けることができる。この場合において、対象者は、医療機関に再接種に要した費用を支払うものとする。

(助成金の交付申請)

第8条 前条の規定により再接種を受けた対象者は、当該再接種後に、鹿屋市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用(償還払)申請書兼請求書(別記第5号様式。以下「交付申請書兼請求書」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) 再接種実施医療機関の領収書(接種対象者の氏名、定期予防接種の種類、接種日、金額及び医療機関名が記載されているもの)
- (2) 再接種の予診票又は履歴が確認できるものの写し
- (3) 振込先金融機関口座が確認できる書類

2 前項の申請は、接種日から12月が経過する日の属する月の末日までに行わなければならない。

(交付の決定)

第9条 市長は前条の申請があったときは、その内容を審査し、助成の決定を行ったときは、鹿屋市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成支給決定通知書(別記第6号様式)により当該申請を行った者に通知するものとする。

(助成金の交付)

第10条 市長は、前条の規定により支給する旨を通知したときは、速やかに助成金

を支払うものとする。

(取消し及び返還)

第11条 市長は、第9条の交付決定を受けた者が虚偽その他不正な手段により助成を受けたことが判明した場合は、当該交付決定を取り消し、既に交付した助成金の返還を命ずることができる。

(その他)

第12条 この要綱に定めるもののほか、助成の実施に関し必要な事項は、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。

別記

第1号様式（第5条関係）

鹿屋市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

鹿屋市長 様

申請者 印

住 所

鹿屋市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成実施要綱第5条の規定により、助成の対象者の認定を申請します。

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、鹿屋市長が、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します。

接種対象者	住 所	
	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
保護者氏名		被接種者との続柄 ()
連絡先		
接種医療機関	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
通知書類送付先		現住所
		滞在先住所 〒 -

注1 本人確認書類：母子健康手帳・運転免許証・健康保険証・その他 ()

2 添付書類

- (1) 鹿屋市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成に係る医師意見書（別記第2号様式）
- (2) 骨髄移植等の医療行為実施前の定期予防接種の履歴が確認できるものの写し（母子健康手帳等）

第2号様式（第5条関係）

年 月 日

鹿屋市長 様

鹿屋市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成に係る医師意見書

骨髄移植手術等により、接種済み定期予防接種の予防効果が期待できない者について、この度、予防接種の再接種が可能な状態と認められるため、次のとおり意見書を提出します。

なお、再接種の必要性及び副反応については十分に説明しています。

接種対象者	住所	鹿屋市
	氏名	フリガナ
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
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	疾病の名称、治療内容等について記載してください。 (疾病の名称) (治療内容) (その他)	
再接種する予防接種の種類 ※再接種する予防接種に○を付けてください。	<ul style="list-style-type: none"> ・ヒブ ・小児用肺炎球菌 ・B型肝炎 ・BCG ・四種混合 ・三種混合 ・二種混合 ・不活化ポリオ ・麻しん風しん ・麻しん ・風しん ・水痘 ・日本脳炎 ・子宮頸がん 	
医療機関名 住所 電話番号	記載年月日	年 月 日
		医師氏名 印

意見書作成に係る注意事項

注1 この意見書の発行に費用が必要な場合は、費用助成の対象外ですので申請者の負担となります。

2 御記入いただいた内容につきまして、内容照会を行う場合がありますので、御協力いただきますようお願いいたします。

第3号様式（第6条関係）

第 年 月 日 号

様

鹿屋市長



鹿屋市骨髓移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成対象者認定通知書

年 月 日で申請のあった鹿屋市骨髓移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成対象者認定申請について、鹿屋市骨髓移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成実施要綱第6条の規定により、下記のとおり認定しましたので通知します。

記

接種対象者名	(男 ・ 女)
生年月日	年 月 日生 (歳 か月)
住 所	鹿屋市
定期予防接種名	

備考1 本通知で認定した定期予防接種を医療機関で接種し、その接種費用の実費を当該医療機関に支払ってください。

2 接種日から12月が経過する日の属する月の末日までに、次に掲げる書類を添付の上、鹿屋市骨髓移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成対象者認定申請書を提出してください。

- (1) 再接種実施医療機関の領収書（接種対象者の氏名、定期予防接種の種類、接種日、金額及び医療機関名が記載されているもの）
- (2) 予防接種の予診票又は履歴が確認できるものの写し
- (3) 振込先金融機関の金融機関名、支店名、口座番号及び口座名義人氏名が記載されているページの写し

第4号様式（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

鹿屋市長 印

鹿屋市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成対象
不認定決定通知書

年 月 日付けで申請のあった鹿屋市骨髄移植等の医療行為に係る
任意予防接種費用助成対象認定申請について、次の理由により不認定とすることを
決定しましたので通知します。

【不認定の理由】

【教示文】

- 1 この処分不服があるときは、行政不服審査法（平成26年法律第68号）の定めるところにより、この通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、鹿屋市長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、鹿屋市を被告として（訴訟において鹿屋市を代表する者は、鹿屋市長となります。）提起することができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

第5号様式（第8条関係）

鹿屋市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用（償還払）
申請書兼請求書

鹿屋市長

様

年 月 日

申請者（保護者）住所
氏名
連絡先

印

次のとおり、鹿屋市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成実施要綱第8条の規定により、定期予防接種費用の交付申請について関係書類を添えて申請いたします。

なお、必要があるときは次の事項について、鹿屋市が再接種を実施した医療機関に確認を行うことに同意します。

被接種者氏名	住所 鹿屋市 氏名 生年月日 年 月 日 (男・女)			
保護者氏名	被接種者との続柄 ()			
予防接種名	接種年月日	接種費用 (ア) (支払った金額)	助成上限額 (イ)	(ア)と(イ) のいずれか低い 額
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
申請額				円
振込先	本・支店名	種別	口座番号	口座名義人 (フリガナ)
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当座		
(口座名義が申請者と異なる場合) 上記、接種費用に係る償還払の受領に関することを次の者に委任します。 受任者 住所 氏名 印 接種対象者との続柄 ()				

注1 添付書類等

- (1)再接種実施機関の領収書 (2)予防接種記録が確認できる書類
- (3)振込口座が確認できる通帳 (4)印鑑
- 2 助成額は、再接種に要した費用として医療機関に支払った額とする。ただし、本市が鹿屋市医師会と接種日の属する年度に締結した定期予防接種に係る委託契約に基づく定期予防接種の額を上限とし、本市が決定した額となります。
- 3 助成金の申請は、接種日から12月が経過する日の属する月の末日までに申請してください。

第 号
年 月 日

様

鹿屋市長 印

鹿屋市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成支給決定通知書

年 月 日付で申請があった鹿屋市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成申請について、下記のとおり交付することに決定しましたので通知します。

記

1 対象者氏名 _____

2 交付金額 _____ 円

3 振込予定日 _____ 年 月 日

4 内容

予防接種の種類	接種年月日	交付金額（円）
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
	年 月 日	円
合 計		円