

千葉県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、造血細胞移植手術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、任意で医師が必要であると認めた第4条に規定する予防接種を再接種する者に対し、当該予防接種に要する費用を助成することにより、感染及び発病防止を図ることを目的とする。

(予防接種対象者)

第2条 この事業を利用できる者（以下「接種対象者」という。）は、次に掲げる要件の全てを満たす者とする。

- (1) 造血細胞移植により、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) 予防接種の再接種日において市内に住所を有する20歳未満の者であること。

(助成対象者)

第3条 助成金の支給の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、接種対象者の保護者等とする。

(対象となる予防接種)

第4条 助成の対象となる予防接種は、次に掲げる要件の全てを備えるものとする。

- (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) 使用ワクチンが、予防接種実施規則（昭和33年9月17日厚生省令第27号）（以下、「実施規則」という）の規定によるものであること。
- (3) 接種回数及び接種間隔が、実施規則の規定により接種済みの定期予防接種
- (4) 予防接種法施行規則（昭和23年厚生省令第36号）第2条の6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それぞれ同条の規定による年齢に達するまで、それ以外の予防接種にあっては20歳に達するまでの間の接種であること。

(助成金額)

第5条 助成金の額は、当該対象予防接種の費用とし、再接種日の属する年度に締結した千葉県内定期予防接種相互乗り入れ事業委託契約書の金額（消費税を含む。）を上限とする。

(認定申請)

第6条 助成金の支給を受けようとする助成対象者は、千葉県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号）を、接種対象者が当該予防接種を受ける前に、次に掲げる書類を添えて市長に申請するものとする。

- (1) 造血細胞移植手術により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できない旨の医師の理由書（様式第2号）
- (2) 母子健康手帳（造血細胞移植手術が生じる以前の定期予防接種の履歴が確認できるもの）又は当該履歴が確認できるものの写し

(認定書等の交付)

第7条 市長は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、認定又は不認定の決定を行う。

2 市長は、前項の規定による認定の決定を行ったときは、千葉県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3号）。以下「認定書」という。）により、不認定の決定を行ったときは、千葉県特別の理由による任意予防接種費用助成対象不認定通知書（様式第4号）により、当該申請を行った助成対象者に対し通知するものとする。

(実施方法)

第8条 認定書の交付を受けた助成対象者は、医療機関等（国内に所在するものに限る。）において接種対象者に第4条に規定する予防接種を再接種させ、その接種費用の実費を、当該医療機関に支払うものとする。

(助成金の申請)

第9条 前条の規定により接種対象者に接種させた助成対象者は、予防接種の最終再接種日から起算して6月に達する日の属する月の末日までに、千葉県特別の理由による任意予防接種費用助成金支給申請書兼委任状（様式第5号）に次に掲げる書類を添えて市長に申請するものとする。

(1) 予防接種実施医療機関の領収書（接種対象者が接種した予防接種の種類が記載されたものに限る。）

(2) 予防接種予診票（接種時に使用し、接種医及び保護者の署名等必要事項が記載されているもの）等、当該履歴が確認できるものの写し

(助成金の支給)

第10条 市長は、前条の申請書の提出があったときは、当該申請に係る書類の審査を行い、速やかに助成金を支給するものとする。

(健康被害に対する措置)

第11条 被接種者が疾病にかかり、障害の状態になり、又は死亡した場合において、当該健康被害が予防接種を受けたことによるものであると認められた場合は、千葉県市町村予防接種事故補償等条例(昭和52年千葉県市町村総合事務組合条例第19号)により救済手続きを行う。

2 前項の規定は、予防接種により健康被害を受けた者が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）に基づく救済手続きを行うことを妨げるものではない。

附 則

この要綱は、令和元年11月 1日から施行する。

千葉県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

年 月 日

(あて先) 千葉市長

申請書(保護者) 住所 _____

氏名 _____

(署名または記名押印)

(被接種者との続柄)

電話番号 _____

千葉県特別の理由による任意予防接種費用助成金事業実施要綱第6条の規定に基づき、助成金の支給の対象となるための認定を受けたいので、次のとおり申請します。なお、当該予防接種について、必要な情報(疾病の状況等)があるときは、千葉市がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び実施医療機関に提供することに同意します。

被 接 種 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 千葉市 区	
	(ふりがな) 氏 名	_____	
	生年月日	年 月 日生 (満 歳 ヶ月)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
再接種を行う 予防接種の種類 ※該当する予防接種を ○で囲んでください。	・BCG(4歳未満) : 1回 ・ヒブ(10歳未満) : 初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・小児肺炎球菌(6歳未満) : 初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目 ・四種混合(15歳未満) : 1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・二種混合 : 2期 ・麻しん・風しん(MR) : 1期・2期 ・水痘 : 1回目・2回目 ・日本脳炎 : 1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・不活化ポリオ : 1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・HPV : 1回目・2回目・3回目 ・その他 ()		
接種予定医療機関	(医療機関名) (住所) (電話番号)		
添付文書 チェック欄	<input type="checkbox"/> 医師理由書(様式第2号) <input type="checkbox"/> 予防接種記録が確認できる書類の写し等		

【注意事項】

- ① 助成の対象となる予防接種は、過去に定期予防接種として接種済みの予防接種に限ります。
- ② この申請により再接種する予防接種は、任意接種となります。
- ③ この申請により助成対象者として認定する前に接種した予防接種は助成の対象になりません。

千葉県特別の理由による任意予防接種費用助成に関する理由書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

造血細胞移植手術により、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、このたび、予防接種の再接種が可能な状態と認められると判断します。

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、本人も了承しています。

被 接 種 者	住 所	千葉市 区		
	(ふりがな) 氏 名			□男・□女
	生年月日	年	月	日生 (満 歳 ヶ月)
疾 病 名				
移植を受けた日		年	月	日
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				
再接種が必要な 予防接種の種類 ※該当する予防接種を ○で囲んでください。		・BCG(4歳未満) : 1回 ・ヒブ(10歳未満) : 初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・小児肺炎球菌(6歳未満) : 初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目 ・四種混合(15歳未満) : 1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・二種混合 : 2期 ・麻しん・風しん(MR) : 1期 ・2期 ・水痘 : 1回目・2回目 ・日本脳炎 : 1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・不活化ポリオ : 1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・HPV : 1回目・2回目・3回目 ・その他 ()		
医 療 機 関	名 称			
	所在地			
	医師名 (署名又は記名押印)			

【理由書作成に係る注意事項】

- ・この理由書の内容について、千葉市の担当課より個別に照会を行う場合がありますのでご了承願います。
- ・再接種する予防接種で費用助成の対象となる予防接種は、過去に定期予防接種として接種済みの予防接種に限ります。
- ・再接種する予防接種は、任意接種となります。

第 号
年 月 日

様

千葉市長

千葉市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

年 月 日付で申請のあった任意予防接種費用助成対象認定申請について、千葉市特別の理由による任意予防接種費用助成事業実施要綱第7条の規定に基づき、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	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日生
予防接種名		

備考

- 1 医療機関において認定した予防接種を受け、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 予防接種の最終再接種日から起算して6月に達する日の属する月の末日までに、次の書類を添付のうえ、千葉市特別の理由による任意予防接種費用助成金等支給申請書兼委任状を提出してください。
 - (1) 予防接種実施医療機関の領収書（接種対象者の氏名、接種日、ワクチン名、各ワクチンごとの料金、医療機関名が記載されたもの）
 - (2) 予防接種予診票等、当該履歴が確認できるものの写し
- 3 千葉市が再接種を認めた予防接種であっても、千葉市から転出した後に再接種したものは助成の対象にはなりません。

第 号
年 月 日

様

千葉市長

千葉市特別の理由による任意予防接種費用助成対象不認定通知書

年 月 日付けで申請のあった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しましたので通知します。

なお、再接種を希望される場合は、自費でのお支払いになります。

不認定の理由

千葉県特別の理由による任意予防接種費用助成金等支給申請書兼委任状

年 月 日

(あて先) 千葉市長

申請書(保護者) 住所 _____

氏名 _____

(署名または記名押印)
(被接種者との続柄)

電話番号 _____

私は、千葉県特別の理由による任意予防接種費用助成金事業実施要綱第9条の規定に基づき、
年 月 日に認定された助成金の支給を申請します。
なお、必要があるときは下記事項について千葉市が医療機関に確認を行うことに同意します。

接種対象者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 千葉市 区			
	(ふりがな)氏名	_____			
	生年月日	年 月 日生			
予防接種名	接種年月日	接種費用① (支払った金額)	千葉県記入欄		
			助成上限額② (千葉市委託料)	申請金額 (①と②で少ない額)	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
	助成金申請合計金額			円	
受領の委任 (どちらかに○)	委任しません(私(申請者)の下記口座への入金を希望します)。 下記口座名義人へ、助成金の受領を委任します。				
振込希望口座	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合			本店・支店 支所・出張所
	口座種別 口座番号	口座種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	
	(ふりがな)口座名義	_____			

【添付書類】

- ① 領収書の原本
- ② 接種内容(ワクチンの種類等)、接種を受けた方の氏名、接種日、医療機関名が確認できる書類
(予診票、接種証明書等)

