

## 砥部町子どもインフルエンザ予防接種事業実施要綱

令和3年10月1日  
砥部町告示第203号

### (目的)

第1条 この告示は、インフルエンザの脅威から子どもを守るとともに、保護者の安心を確保し、経済的な負担を軽減するため、町が主体的に実施するインフルエンザ予防接種事業に係る任意のインフルエンザ予防接種（以下「任意予防接種」という。）の費用に対する助成制度の実施に関し必要な事項を定めることを目的とする。

### (対象者)

第2条 任意予防接種の対象者（以下「対象者」という。）は、接種日時点で町内に住民登録があり、実施する年度の12月31日現在、生後6か月以上、中学校3年生に相当する年齢までの者とする。

### (使用ワクチン)

第3条 任意予防接種に使用するワクチンは、インフルエンザHAワクチン（国内産PMDA認証ワクチン）とする。

### (助成額)

第4条 任意予防接種に係る費用のうち、1回当たり1,000円を助成する。

### (助成回数)

第5条 助成回数は、同一人につき別表に定める回数までとする。

### (助成期間)

第6条 任意予防接種に係る費用の助成期間は、毎年度実施医療機関と協議の上、決定するものとする。

### (実施医療機関)

第7条 町長は、町内に所在する医療機関のうち一般社団法人伊予医師会に加入し、町長が指定する医療機関（以下「実施医療機関」という。）において任意予防接種を実施するものとする。

### (実施方法)

第8条 町長は、対象者に対し、通知を個別送付するものとする。通知については別に定めるところによる。

2 町長は、本事業に係る砥部町子どもインフルエンザワクチン任意接種予診票（様式第1号。以下「予診票」という。）を作成し、実施医療機関に配置するものとする。

3 実施医療機関は、任意予防接種を受けようとする者が第2条に規定する要件を満たす場合に、前項の予診票を使用し、問診等を行った上で任意予防接種を行うものとする。

### (業務の委託)

第9条 前条第3項に規定する業務は、実施医療機関に委託して実施するものとする。

2 実施医療機関は、任意予防接種に係る経費について、砥部町子どもインフルエンザワクチン予防接種委託料請求書（様式第2号）に予診票を添えて町に請求するものとする。

3 前項に規定する経費は、予診票1枚につき1,000円とする。

（実施方法の特例）

第10条 前条の規定にかかわらず、助成対象者が実施医療機関以外の医療機関において任意予防接種を受けた場合は、助成対象者の保護者の申請に基づき、償還払いの方法により第4条に規定する額を助成するものとする。

2 前項の規定により助成を受けようとする者は、接種日の属する年度の末日までに、砥部町子どもインフルエンザ予防接種事業助成金交付申請書兼請求書（様式第3号）に、次に掲げる書類を添付して町長に申請しなければならない。

(1) 助成対象者の接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等の写し

(2) 接種を受けた医療機関が発行した領収書（助成対象者の氏名、接種日、ワクチン名、料金、領収印及び医療機関名がわかるもの）

3 町長は、前項の規定による申請があった場合は、これを審査し、相当と認めるときは、申請者から指定された金融機関の口座に振り込む方法により助成金を支給するものとする。

（健康被害）

第11条 実施医療機関は、第3条に規定する任意予防接種により健康被害が発生した場合は、直ちに町長に報告するものとする。

2 町長は、任意予防接種に係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）及び砥部町予防接種事故災害補償規程（平成17年告示第8号）の定めにより必要な措置を講ずるものとする。

（連絡協議）

第12条 町及び実施医療機関は、事業の円滑な実施を図るため相互に連絡をとり、必要に応じて協議するものとする。

（委任）

第13条 この告示に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、公表の日から施行する。

附 則（令和4年9月30日告示第170号）

この告示は、公表の日から施行する。

別表（第5条関係）

区分	助成回数
生後6か月以上から13歳未満の者	2回
13歳以上から中学校3年生に相当する年齢の者	1回

砥部町子どもインフルエンザワクチン任意接種予診票

砥部町民に限る

住所	砥部町	電話番号	
受ける人の氏名	フリガナ	保護者氏名	
生年月日	年 月 日（満 歳 か月）	性別	男・女
		該当に「✓」	<input type="checkbox"/> 生後6か月～13歳未満 <input type="checkbox"/> 13歳以上～中学3年生

※予診票の有効期間は10月1日から翌年1月31日までです。

今回の接種に「✓」をつけ、前回（同年）の接種年月日もご記入ください。	<input type="checkbox"/> 1回目接種（生後6か月～中学生まで）	<input type="checkbox"/> 2回目接種（生後6か月～13歳未満まで）
	年 月 日	年 月 日

下の太枠内の質問項目に必要事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください。

質問事項	診察前の体温		度	分
	回答欄	回答欄		
1 今日の予防接種について説明文を読んだり病院からの説明を受けて理解しましたか。	はい	いいえ		
2 お子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重（ ）g	はい	いいえ		
分娩時に異常がありましたか。	はい	いいえ		
出生後に異常がありましたか。	はい	いいえ		
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか。	はい	いいえ		
3 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。（ ）	はい	いいえ		
4 最近1か月以内に病気にかかりましたか。病名（ ）	はい	いいえ		
5 1か月以内に家族や遊び仲間、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。病名（ ）	はい	いいえ		
6 1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名（ ） 接種日（ ） / （ ）	はい	いいえ		
7 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。病名（ ）	はい	いいえ		
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ		
8 現在、ステロイド剤（内服）や免疫抑制剤など、特別な薬の投与を受けていますか。	はい	いいえ		
9 ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。（ ）歳頃	はい	いいえ		
そのときに熱が出ましたか。	はい	いいえ		
10 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ		
11 近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	はい	いいえ		
12 これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種名（ ）	はい	いいえ		
13 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。	はい	いいえ		
14 今日の体調や予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ		

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（実施できる・見合わせたほうがよい）と判断します。  
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

<b>保護者記入欄</b> 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに （同意します・同意しません） ※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が砥部町に提出されることに同意します。 保護者自署又は同伴者自署	使用ワクチン	実施場所・接種医師名	
	Lot No.	実施機関名・住所・電話番号	
	(注)有効期限が切れていないか要確認		
	接種部位（皮下接種）	接種医師名	
<input type="checkbox"/> 0.25 ml (生後6か月から3歳未満)			
<input type="checkbox"/> 0.5 ml	接種（予診）年月日	年	月 日

砥部町子どもインフルエンザワクチン任意接種予診票

砥部町民に限る

住所	砥部町		電話番号	
受ける人の氏名	フリガナ	保護者氏名		
生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)	性別	男・女	該当に「✓」 <input type="checkbox"/> 生後6か月～13歳未満 <input type="checkbox"/> 13歳以上～中学3年生

※予診票の有効期間は10月1日から翌年1月31日までです。

今回の接種に「✓」をつけ、前回（同年）の接種年月日もご記入ください。	<input type="checkbox"/> 1回目接種（生後6か月～中学生まで）	<input type="checkbox"/> 2回目接種（生後6か月～13歳未満まで）
	年 月 日	年 月 日

下の太枠内の質問項目に必要事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください。

診察前の体温

度 分

質問事項	回答欄		医師記入欄
1 今日の予防接種について説明文を読んだり病院からの説明を受けて理解しましたか。	いいえ	はい	
2 お子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重 ( ) g	はい	いいえ	
分娩時に異常がありましたか。			
出生後に異常がありましたか。			
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか。	はい	いいえ	
3 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。( )	はい	いいえ	
4 最近1か月以内に病気にかかりましたか。病名 ( )	はい	いいえ	
5 1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。病名 ( )	はい	いいえ	
6 1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 ( ) 接種日 ( ) / ( )	はい	いいえ	
7 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。病名 ( )	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
8 現在、ステロイド剤（内服）や免疫抑制剤など、特別な薬の投与を受けていますか。	はい	いいえ	
9 ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。( ) 歳頃	はい	いいえ	
そのときに熱が出ましたか。	はい	いいえ	
10 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
11 近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	はい	いいえ	
12 これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種名 ( )	はい	いいえ	
13 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。	はい	いいえ	
14 今日の体調や予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 実施できる ・ 見合わせたほうがよい ) と判断します。  
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

<b>保護者記入欄</b> 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに ( 同意します ・ 同意しません ) ※かっこのどちらかを○で囲んでください。 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が砥部町に提出されることに同意します。 保護者自署又は同伴者自署	使用ワクチン Lot No.	実施場所・接種医師名 実施機関名・住所・電話番号	
	(注) 有効期限が切れていないか要確認 接種部位（皮下接種） <input type="checkbox"/> 0.25 ml (生後6か月から3歳未満) <input type="checkbox"/> 0.5 ml	接種医師名	
		接種（予診）年月日	年 月 日

様式第2号（第9条関係）

砥部町子どもインフルエンザワクチン予防接種委託料請求書

年 月 日

砥部町長 様

医療機関所在地

医療機関名

代 表 者

印

子どもインフルエンザワクチン予防接種業務委託料（ 年 月接種分）  
として、予診票を添えて次のとおり請求します。

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

1 内訳

区分	単価（円）	件数	金額（円）
1回目	1,000		
2回目	1,000		

2 振込先口座

銀行 農協 信用金庫	本店 支店 支所 出張所	普通 当座	口座番号					
口座名義人	フリガナ							

※ 予診票（請求用）を添付してください。

様式第3号（第10条関係）

砥部町子どもインフルエンザ予防接種事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

砥部町長 様

申請者(請求者)

住 所

氏 名

㊟

助成対象者  
との続柄

電 話 番 号

砥部町子どもインフルエンザ予防接種事業実施要綱第10条の規定により、次のとおり申請するとともに請求します。

助 成 対 象 者	フリガナ			生 年 月 日	年 月 日	
	氏 名					
	現 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒			
	接 種 医 療 機 関	名 称				
		住 所				
		電 話 番 号				
	実施医療機関以外 で接種した理由					
	接 種 費 用	1 回 目	円			
		2 回 目	円			
	申 請 ( 請 求 ) 金 額	円				

私が受領する助成金について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協						本店 支店 支所	
		金融機関コード					支店番号		
	預金種別	普通・当座							
	口座番号								
	フリガナ								
	口座名義人								
依頼人(申請者)氏名									

申請者(請求者)と口座名義人が異なる場合、下記受領委任欄に記入してください。

受 領 委 任 状
<p>私は、上記口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 (署名又は記名押印)</p>

**【添付書類】**

- 1 助成対象者の接種記録が確認できる母子健康手帳、予防接種済証又は接種済みの記載がある予診票等の写し
- 2 接種を受けた医療機関が発行した領収書(助成対象者の氏名、接種日、ワクチン名、料金、領収印及び医療機関名がわかるもの) ※原本に限る。