

砥部町予防接種再接種費用助成金交付要綱

令和4年3月31日
砥部町告示第86号

(趣旨)

第1条 この告示は、骨髄移植手術等の理由により、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の予防効果が期待できず、再度の予防接種を受けることが必要と医師に判断された被接種者の経済的負担を軽減するとともに、疾病予防及び健康の保持増進に寄与するため、当該予防接種ワクチンの再接種（以下「再接種」という。）に要する費用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。

(助成対象の予防接種)

第2条 この告示に基づく助成の対象となる予防接種は、法第2条第2項に規定するA類疾病に係る定期の予防接種（以下「予防接種」という。）とする。

(助成対象者)

第3条 この告示に基づく助成の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次に掲げる要件の全てに該当する者とする。

- (1) 骨髄移植、化学療法等の医療行為によって、既に接種を受けた予防接種ワクチンの免疫が低下又は消失したため、再接種が必要と医師が認める者
- (2) 再接種を受ける日現在において、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）の規定により砥部町の住民基本台帳に記載されている者

2 前項の規定にかかわらず、町長が特に必要と認めた者は、対象者とすることができる。

(助成金の額)

第4条 助成金の額は、対象者が再接種に要した費用とする。ただし、再接種を受けた日の属する年度に砥部町が実施する定期予防接種事業における各予防接種の委託単価を上限とする。

(助成対象認定の申請)

第5条 再接種費用の助成を受けようとする者（未成年の場合は、その保護者。以下「申請者」という。）は、再接種を受ける前に、次に掲げる書類を町長に提出しなければならない。

- (1) 砥部町予防接種再接種費用助成対象認定申請書（様式第1号）
- (2) 砥部町予防接種の再接種に関する対象者該当理由書（様式第2号）
- (3) 予防接種を受けた記録が分かるもの（母子健康手帳等の写し）
- (4) 前3号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類

(助成対象認定の決定等)

第6条 町長は、前条の申請があった場合は、その内容を審査し、助成対象と認

めたときは、砥部町予防接種再接種費用助成対象認定通知書（様式第3号）により、助成対象外であると認めるときは、砥部町予防接種再接種費用助成対象不認定通知書（様式第4号）により申請者に通知するものとする。

（助成金の交付申請及び請求）

第7条 前条の規定により助成対象認定の通知を受けた者（以下「認定者」という。）は、再接種を受けた後は、次に掲げるものを町長に提出しなければならない。

- (1) 砥部町予防接種再接種費用助成金交付申請書兼請求書（様式第5号）
- (2) 予防接種予診票（接種時に使用され、接種医及び被接種者及び保護者の署名等必要事項が記載されているものに限る。）又は再接種を受けたことを確認できるもの（母子健康手帳等の写し）
- (3) 再接種を受けた医療機関が発行した領収書（接種対象者の氏名、接種日、ワクチン名、料金及び医療機関名が記載されたものに限る。）
- (4) 砥部町予防接種再接種費用助成対象認定通知書
- (5) 前各号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類

2 前項の書類の提出期限は、第6条の規定による認定を受けた日から3年以内とする。

（助成金交付の決定及び通知）

第8条 町長は、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、助成金の支給の可否を決定する。

2 町長は、前項の場合において、交付を適当と認めるときは、砥部町予防接種再接種費用助成金交付決定通知書（様式第6号）により、交付を不適当と認められた時は、砥部町予防接種再接種費用助成金交付申請却下通知書（様式第7号）により、認定者に通知する。

（助成金の交付）

第9条 町長は、前条の規定により助成金の交付の決定を受けた者（以下「助成決定者」という。）に対し、助成決定者が指定する金融機関の口座に助成金を振り込むものとする。

（決定の取消し及び助成金の返還）

第10条 町長は、助成決定者が偽りその他不正な手段により助成金の交付を受けた場合は、助成金の交付決定を取り消し、既に助成金が交付されているときは、その返還を命ずることができる。

（その他）

第11条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、令和4年4月1日から施行する。

砥部町長 様

申請者 住 所
氏 名
被接種者との続柄
電話番号

砥部町予防接種再接種費用助成対象認定申請書

砥部町予防接種再接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、助成金の助成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、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、砥部町長が、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。

被接種者	住 所	〒 ー 砥部町
	氏 名	
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）
予防接種	種 類	
接種医療機関	所 在 地	
	名 称	
	電 話 番 号	
通知書類送付先	1 現住所	
	2 滞在先住所	〒 ー

添付書類

- 1 砥部町予防接種の再接種に関する対象者該当理由書（第2号様式）
- 2 予防接種を受けた記録が分かるもの（母子健康手帳等の写し）

砥部町長 様

砥部町予防接種の再接種に関する対象者該当理由書

骨髄移植手術等の理由により、下記の者が既に接種済みの定期予防接種について、予防効果が期待できず再接種が必要と判断しますので、理由書を提出します。
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。

記

被 接 種 者	住 所	砥部町
	氏 名	
	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		
再度接種が必要な予防接種ワクチンの種類		
医 療 機 関	所在地	
	名 称	
	医師名 (署名又は記名押印)	

様

砥部町長 印

砥部町予防接種再接種費用助成対象認定通知書

年 月 日付で申請のあった予防接種再接種費用助成対象認定申請について、砥部町予防接種再接種費用助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり認定しましたので、通知します。

被接種者	住 所	砥部町
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
予防接種名		

※この通知書は、助成金の交付申請の際に必要となりますので、大切に保管してください。

第 年 月 号
日

様

砥部町長 印

砥部町予防接種再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の認定について、
次の理由により助成対象外であると認定しましたので、通知します。

氏 名	
生 年 月 日	
住 所	
予 防 接 種 ワ ク チ ン	
理 由	

砥部町長 様

申請者 住 所

(請求者) 氏 名



被接種者との続柄

電話番号

砥部町予防接種再接種費用助成金交付申請書兼請求書

砥部町予防接種再接種費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請（請求）をします。

被 接 種 者	氏 名			
	生年月日	年 月 日		
	住 所	※申請者と同一の場合は記入不要		
予 防 接 種 名	再 接 種 年 月 日	接 種 費 用 ① (支払った金額)	町 記 入 欄	
			助成上限額②	申請(請求)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
		円	円	円
		円	円	円
申請（請求）額の合計			円	
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義人	フリガナ		

※①太枠内は記入しないでください。

※口座名義人は、請求者に限ります。

※添付書類

- 1 予防接種予診票（接種時に使用され、接種医及び被接種者及び保護者の署名等必要事項が記載されているものに限る。）又は再接種を受けたことが確認できるものの写し
- 2 再接種を受けた医療機関が発行した領収書（接種対象者の氏名、接種日、ワクチン名、料金及び医療機関名が記載されたものに限る。）
- 3 砥部町予防接種再接種費用助成対象認定通知書

第 年 月 号
日

様

砥部町長 印

砥部町予防接種再接種費用助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった砥部町予防接種再接種費用助成金について、次のとおり交付額を決定しましたので、通知します。

1 交付決定額 円

(内訳)

予防接種名	接種年月日	接種費用① (支払った金額)	助成上限額②	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
		円	円	円
		円	円	円

2 振込予定日 年 月 日

様

砥部町長 印

砥部町予防接種再接種費用助成金交付申請却下通知書

年 月 日付けで申請のあった砥部町予防接種再接種費用助成金の交付について、次の理由により申請を却下しましたので、通知します。

被接種者氏名	
生 年 月 日	
住 所	砥部町
却下の理由	