

大田市告示第14号

大田市定期予防接種費用償還払いに関する要綱を次のように定める。

令和5年3月7日

大田市長 楫野弘和

大田市定期予防接種費用償還払いに関する要綱

(目的)

第1条 この要綱は、予防接種法（昭和23年法律第68号。以下「法」という。）第5条第1項に規定する定期の予防接種について、やむを得ない事情により、市長と予防接種業務の委託契約を締結している医療機関（以下「委託医療機関」という。）以外の医療機関において自己負担で受けた接種費用について、償還払いにより市が予防接種費用の一部又は全部を助成することに関し、必要な事項を定めるものとする。

(対象となる予防接種)

第2条 償還払いの対象となる予防接種は、法第5条第1項に規定する定期の予防接種とする。

(対象者)

第3条 償還払いを受けることができる者は、前条に規定する予防接種を受ける日において、市内に住所を有する者（以下「被接種者」という。）で次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 主治医等の指示により委託医療機関以外の医療機関で接種を受ける者
- (2) 里帰り、入院、施設入所等の理由により、市外に長期滞在する者
- (3) その他市長が認めるもの

(依頼書の申請)

第4条 被接種者は、委託医療機関以外の医療機関で接種を受けようとする場合は、あらかじめ、定期予防接種実施依頼書申請書（様式第1号）により市長に申請するものとする。

2 市長は、前項の申請があったときは、その内容を審査し、定期予防接種実施依頼書（様式第2号）を当該市区町村又は医療機関へ送付するものとする。

(償還払いの額)

第5条 償還払いの額は、第2条に規定する予防接種に実際に要した費用と、予防接種を受けた日の属する年度における大田市と大田市医師会との間で締結する予防接種事業委託契約に基づく委託料額にワクチン代金を加算した額（消費税及び地方消費税を含む。）（以下「基準単価」という。）のいずれか少ない額とする。

2 高齢者肺炎球菌予防接種及び高齢者インフルエンザ予防接種においては、それぞれの予防接種において大田市医師会との間で締結している予防接種（個別接種）に関する契約に基づく委託料額（消費税及び地方消費税を含む。）から個人負担金の額を差し引いた額を「基準単価」とする。ただし、被接種者が生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定による保護を受けている者（以下「生活保護受給者」という）である場合は、被接種者の自己負担金の額は免除される。

(償還払いの申請)

第6条 償還払いを受けようとする者（以下「申請者」という。）は、次に掲げる書類を添えて定期予防接種費用助成申請書兼請求書（様式第3号）により市長に申請するものとする。なお、申請者は、第3条に規定する被接種者又はその保護者（親権を行うもの未成年後見人又は成年後見人若しくはこれに準ずる者で現に被接種者を養育している者をいう）及び被接種者から委任を受けた者とする。

(1) 接種した医療機関等の領収書の原本（第2条に規定する予防接種と分かるもの）

(2) 予診票等の原本又は写し

(3) 接種した予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳、予防接種済証等）

(4) 生活保護受給証明書（生活保護受給者のみ）

(5) 委任をする場合は委任状（様式第4号）

(6) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

2 前項の規定による申請は、予防接種を受けた日の属する年度の末日までに行うものとする。

3 前項の規定にかかわらず、3月中に受けた予防接種の費用を申請する場合には、翌月末日まで申請ができるものとする。

4 市長は、第1項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、

償還払いの可否を定期予防接種費用助成申請（却下）決定通知書（様式第5号）により、申請者へ通知するものとする。

（取消及び返還）

第7条 市長は、虚偽の申請その他不正の行為等により助成を受けた申請者に対し、当該償還払いをすることとした決定の全部又は一部を取り消し、償還払いした額の返還を命ずることができる。

（その他）

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

この告示は、令和5年3月7日から施行する。

年 月 日

大田市長 様

申請者氏名

(接種者との続柄)

連絡先（電話）

定期予防接種実施依頼書申請書

このことについて、下記の理由により下記の医療機関で予防接種を受けたいので、申請します。

記

予防接種の種類			
被接種者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日（ 歳 か月）		
現 住 所	〒		
保護者氏名 <small>※被接種者が18歳以上であれば不要</small>			
滞 在 先 (居 住 先)	〒 滞在期間： 年 月 日～ 年 月 日頃		
依頼理由	該当する項目に○ ・委託医療機関以外の医療機関で接種を受ける ・市外に長期滞在している（里帰り・入院・施設入所等） ・その他（ ）		
接種予定医療機関	医療機関名： 住 所： 電 話 番 号：		

第 号
年 月 日

（自治体及び医療機関） 様

大田市長 印

定期予防接種実施依頼書

このことについて、貴市区町村（貴院）において予防接種を受けたいとの申し出がありましたので、当該予防接種の実施を依頼します。

なお、当該予防接種により健康被害が生じた場合の救済措置については、予防接種法第15条第1項の規定に基づき、当市が対応します。

記

1. 被接種者氏名（フリガナ）
2. 生年月日
3. 現住所
4. 保護者氏名
5. 予防接種種類
6. 依頼理由

年 月 日

大田市長

様

申請者

住 所

氏 名

(被接種者との続柄)

定期予防接種費用助成申請書兼請求書

予防接種費用の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

被接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	現 住 所			
接種医療機関名		名称 住所	TEL	
接種年月日	予防接種名	自己負担額	市の基準単価	申請（請求）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
年 月 日		円	円	円
年 月 日		円	円	円
自己負担額合計		円	申請(請求)金額合計	円

私が受領する予防接種費用について、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		
	預金種別	普 通 ・ 当 座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

※ 助成額は、自己負担額と市の基準単価のいずれか少ない金額になります。

※ 太枠内をご記入ください。

〈添付書類〉・接種した医療機関の領収書の原本（接種した予防接種の種類が分かるもの）

- ・予防接種を受けたことを証明する書類（母子健康手帳、予防接種済証）
- ・予診票の原本または写し
- ・その他市長が必要と認めるもの

年 月 日

委 任 状

大田市長 様

住所

氏名

（自署の場合は押印不要です）

私は、大田市定期予防接種費用助成の受領にかかる一切の権限を次の者に委任します。

住所

氏名

（委任者との関係： ）

定期予防接種費用助成申請（却下）決定通知書

年 月 日

様

大田市長

年 月 日付で申請のあった定期予防接種費用助成申請について、次のとおり助成（却下）することに決定したので、大田市定期予防接種費用助成に関する要綱第5条の規定により通知します。

記

1. 被接種者氏名

2. 助成決定額 円

3. 助成決定額（内訳）

予防接種の種類	自己負担額（円）	基準単価（円）	助成決定額（円）
合 計（円）			

（却下の場合の理由）