

大田市告示第98号

大田市がん治療後等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱を次のように定める。

令和5年6月22日

大田市長 楫野弘和

大田市がん治療後等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱 (趣旨)

第1条 この要綱は、がん治療又は造血幹細胞移植等（以下「がん治療等」という。）により、治療前に接種した予防接種法（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、任意で再度の予防接種を受ける場合に要する費用を助成する大田市がん治療後等の予防接種再接種費用助成金（以下「助成金」という。）の交付に関し、必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

第2条 本要綱による助成は、接種日時点において大田市内に住所を有し、次に掲げる要件をすべて満たす者を対象とする。

(1) がん治療等により、治療前に接種した法第2条第2項に定められた疾病にかかる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) 予防接種を受ける日において20歳未満の者（予防接種法施行規則（昭和23年厚生省令第36号。以下「施行規則」という。）第2条の7の表の上欄に掲げる特定疾病に係る助成対象予防接種を受ける者については、それぞれ同表の下欄に掲げる年齢に満たないもの）

(助成の対象となる予防接種)

第3条 助成の対象となる予防接種は、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項で定められた疾病のうち結核及びロタウイルス感染症を除いた疾患の予防接種であること

(2) 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。)の規定によるワクチンであること

- (3) がん治療等前に法、施行規則及び実施規則の規定に基づき実施された予防接種の免疫ががん治療等によって低下又は消失したため、再接種が必要と医師が認める予防接種であること

(助成金の額)

第4条 助成金の額は、再接種の費用として助成対象者が実際に医療機関へ支払った金額又は再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金額(消費税及び地方消費税を含む。)のいずれか低い金額とする。ただし、病院の規定に基づく単価で個別に大田市と契約をしている大田市立病院、島根大学医学部附属病院及び島根県立中央病院のいずれかで再接種した場合は、その医療機関との契約金額(消費税及び地方消費税を含む。)又は再接種の費用として助成対象者が実際に医療機関へ支払った金額のいずれか低い金額とする。

- 2 償還額は接種を行った医療機関に対し支払った接種費用とし、接種費用に含まれないもの(接種に要した交通費、宿泊費、次条第1号に掲げる書類の発行に要した文書料等)は対象としない。

(認定申請)

第5条 助成金の交付を受けようとする助成対象者又はその保護者(以下「申請者」という。)は、大田市がん治療後等の予防接種再接種費用助成対象認定申請書(様式第1号)を、助成対象者が再接種を受ける前に、次に掲げる書類を添えて市長に提出するものとする。

- (1) 大田市がん治療後等の予防接種の再接種にかかる医師の意見書(様式第2号)

- (2) 母子健康手帳ほかがん治療等を行う前に定期予防接種を受けた履歴が確認できるものの写し

(助成の認定等)

第6条 市長は、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、助成の可否について認定する。

- 2 市長は、前項の規定により助成可能と認定したときは、大田市がん治療後等の予防接種の再接種費用助成対象認定通知書(様式第3号)により、助成可能と認定しなかったときは、大田市がん治療後等の予防接種の再接種費用助成対象不認定通知書(様式第4号)により、申請者に対

し通知する。

(再接種の実施)

第7条 前条第2項の認定通知書の交付を受けた助成対象者は、認定された予防接種の再接種を医療機関において受けるものとする。

(助成金の交付請求)

第8条 申請者は、前条の規定により助成対象者が再接種を受けた後、大田市がん治療後等の予防接種の再接種費用助成金交付請求書(様式第5号)に次に掲げる書類を添えて、市長に提出するものとする。

(1) 予防接種実施医療機関の領収書(助成対象者が接種した予防接種の種類が記載されているものに限る。)の原本

(2) 予防接種の再接種歴のわかるもの(母子健康手帳、予防接種済証の写し)

(3) 振込先金融機関口座が確認できる書類

2 前項の規定による請求の期限は、助成対象となる予防接種を再接種した日が属する年度の末日までとする。

(助成金の支給)

第9条 市長は、前条第1項の規定による請求があったときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、当該申請者に対して大田市予防接種再接種費用助成金交付確定通知書(様式第6号)により通知し、助成金を支給するものとする。

(助成金の返還)

第10条 市長は、助成金の支給を受けた者が、偽りその他不正な手段により助成金の支給を受けたときは、既に支給した助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(補則)

第11条 この要綱に定めるもののほか、この事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

1 この告示は、令和5年6月22日から施行し、令和5年4月1日から適用する。

2 この告示は、令和8年3月31日限り、その効力を失う。

大田市がん治療等の予防接種再接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

（あて先）大田市長

申請者	住 所	(〒 -)		
	ふりがな			
	氏 名			
	電話番号		被接種者との関係	

大田市がん治療等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり予防接種再接種費用の助成を申請します。また、当該予防接種について必要な情報（疾病の状況等）がある場合は、大田市がその情報を関係機関に問い合わせることに同意します。

被接種者	ふりがな		生年	年 月 日
	氏 名		月 日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ		
接種予定医療機関		(医療機関名)		
		(住所)	(電話番号)	
再接種を行う 予防接種 ※いずれかに○をつけ、金額を記載してください	① 四種混合	: 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加		円
	② 三種混合	: 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加		円
	③ 二種混合	: 2期		円
	④ 不活化ポリオ	: 初回（1回目・2回目・3回目）・追加		円
	⑤ 麻しん・風しん(MR)	: 1期・2期		円
	⑥ 麻しん	: 1期・2期		円
	⑦ 風しん	: 1期・2期		円
	⑧ 日本脳炎	: 1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期		円
	⑨ ヒブ	: 初回（1回目・2回目・3回目）・追加		円
	⑩ 小児用肺炎球菌	: 初回（1回目・2回目・3回目）・追加		円
	⑪ 子宮頸がん	: 1回目・2回目・3回目		円
	⑫ 水痘	: 1回目・2回目		円
	⑬ B型肝炎	: 1回目・2回目・3回目		円
再接種を行う予防接種費用合計				円
接種予定日	年 月 日			

【添付書類】※添付書類は原則お返ししません。

- ① 大田市がん治療等の予防接種の再接種にかかる医師の意見書（様式第2号）
- ② 接種済みの予防接種の記録が確認できるもの（母子健康手帳等）の写し

【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。ただし、過去の接種が三種混合である時に、四種混合に変更して接種することは可とします。
- 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 この申請により費用助成が決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。
- ④ 申請書はボールペンを使用してください。鉛筆や消せるボールペンは使用しないでください。
- ⑤ 記入内容を訂正する場合は、誤った部分に二重線を引き訂正してください。修正液、修正テープは使用しないでください。
- ⑥ 太枠内はすべて記載してからご提出ください。

大田市がん治療等の予防接種の再接種にかかる医師の意見書

がん治療等により、接種済みの定期予防接種のワクチンの免疫が低下又は消失したため、再度接種する必要があるとあり、この度、当該接種が可能な状態と判断します。

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	ふりがな		生年	年	月	日
	氏名		月日			
	住所	(〒 -)				
	電話番号					
接種済みの定期予防接種の再接種が必要となった理由		がん治療等により、接種済みの予防接種の予防効果が期待できないため (疾病の名称) (治療内容等)				
再接種が可能となった日		年 月 日				
再接種が必要な予防接種	① 四種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ② 三種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ③ 二種混合 : 2期 ※接種が必要なものに○をつけてください ④ 不活化ポリオ : 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ⑤ 麻しん・風しん混合（MR） : 1期・2期 ⑥ 麻しん : 1期・2期 ⑦ 風しん : 1期・2期 ⑧ 日本脳炎 : 1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期 ⑨ ヒブ : 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ⑩ 小児用肺炎球菌 : 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ⑪ 子宮頸がん : 1回目・2回目・3回目 ⑫ 水痘 : 1回目・2回目 ⑬ B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目					
医療機関名		記載年月日： 年 月 日				
医療機関所在地						
電話番号（ ）		医師の署名又は記名押印 _____				

【意見書作成に係る注意事項】

- ① この意見書の発行にかかる費用は、費用助成の対象外です。
- ② この意見書の内容について大田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。
- ③ 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。ただし、過去の接種が三種混合である時に、四種混合に変更して接種することは可とします。
- ④ 再接種する予防接種は、任意接種となります。
- ⑤ 申請書はボールペンを使用してください。鉛筆や消せるボールペンは使用しないでください。
- ⑥ 記入内容を訂正する場合は、誤った部分に二重線を引き、訂正してください。修正液、修正テープは使用しないでください。

第 号
年 月 日

申請者 様
被接種者 様

大田市長

大田市がん治療等の予防接種の再接種費用助成対象認定通知書

年 月 日に受理しましたがん治療等の予防接種の再接種費用の助成について、
審査の結果下記のとおり決定しましたので、通知します。

なお、接種を受ける際は、必ず本通知書を接種医師にご提示下さい。

記

1 審査結果

認められたワクチンの種類：

第 号
年 月 日

申請者 様
被接種者 様

大田市長

大田市がん治療後等の予防接種の再接種費用助成対象不認定通知書

年 月 日に受理しましたがん治療等の予防接種の再接種費用の助成について、
審査の結果下記のとおり決定しましたので、通知します。

記

1 審査結果

不認定

2 不認定理由

※ 不服の申立

この決定（以下「処分」といいます）に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3月以内に市に審査請求をすることができます。

また、この通知を受けた日の翌日から起算して6月以内に市（市長が被告の代表となります）を被告として処分の取消しの訴えを提起することができます。

ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

大田市がん治療等の予防接種の再接種費用助成金交付請求書

（あて先）大田市長

がん治療等における予防接種の再接種を受けましたので、下記のとおり請求します。

なお、今回の請求にあたり、接種状況（接種日、接種料金）についてワクチン接種を受けた医療機関に照会することに同意します。

<p>手続に必要な添付書類</p> <p><input type="checkbox"/> 医療機関発行の領収書（原本）※原則返却しませんのでご注意ください</p> <p><input type="checkbox"/> 再接種記録のある母子手帳のコピー（接種済証等のコピーでも可）</p> <p><input type="checkbox"/> 振込先に指定した金融機関の口座名義、口座番号のわかる部分の通帳の写し</p>

※必ずこの用紙下部の注意事項をご確認の上、請求してください。

請求日 年 月 日

① 被接種者			
ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名		性別	男・女（○で囲んでください。）
住民登録のある住所	〒 —		
② 申請者			
ふりがな		被接種者との関係	（○で囲んでください。） 父・母・本人・他（ ）
氏名		電話番号 (携帯可)	() —
住所	〒 —		
※ ①の住所と異なる場合にご記入ください			
③ 実施したワクチンの種類について			
受けたワクチンの種類 ※記載例：小児肺炎球菌 初回接種1回目		医療機関への支払額（領収書の金額）	
		円	
		円	
		円	
		円	
請求金額（合計）		円	
接種を受けた医療機関名		所在地 県外は都道府県名から記入	
④ 振込先		銀行 信用金庫 農協	本店・支店 出張所
口座種別	普通 ・ 当座 (いずれかに ○)	口座番号	
フリガナ 口座名義人			

※ 必要事項をもれなく記入したことを確認し、上記の必要な書類を全て添えて請求してください。

【注意事項】

- ① 予防接種費用については医療費控除の対象とはなりません。
- ② 申請書はボールペンを使用してください。鉛筆や消せるボールペンは使用しないでください。
- ③ 記入内容を訂正する場合は、謝った部分に二重線を引き、訂正してください。修正液、修正テープは使用しないでください。

第 号
年 月 日

様

大田市長

大田市予防接種再接種費用助成金交付確定通知書

からご請求のありました予防接種の費用について、下記のとおり交付を
確定しました。近日中にご指定口座に振り込みます。

記

振込金額 _____ 円