

伊丹市予防接種再接種費用の助成に関する要綱

(目的)

第1条 この要綱は、感染症の発生および蔓延を防止するため予防接種法（昭和23年法律第68号。以下「法」という。）第2条第4項に規定する定期の予防接種（以下「定期予防接種」という。）で得た免疫が骨髄移植等によって低下または消失したことにより、定期予防接種の再接種が必要と医師に認められた者に対し、定期予防接種の再接種に要する費用（以下「再接種費用」という。）の一部を助成することについて、必要な事項を定めることを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において「骨髄移植等」とは、造血幹細胞移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植、さい帯血移植）とする。

(助成対象者)

第3条 この事業の助成対象者は次の要件をすべて満たす者（以下「助成対象者」という。）とする。

- (1) 助成対象者は、伊丹市内に住所を有し、予防接種を受ける日において20歳未満であること。
- (2) 骨髄移植等によって移植前に接種した法第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

(助成対象からの除外)

第4条 前条の規定にかかわらず、下記の(1)に該当する場合は助成対象外とする。

- (1) 助成対象者及び助成対象者と同一の世帯に属する者の、申請しようとする月の属する年度（4月から6月までの場合にあっては前年度）分の地方税法の規定による市民税の同法第292条第1項第2号に掲げる所得割（同法第328条の規定によって課する所得割を除く。以下同じ。）の額（同法第314条の7及び同法附則第5条の4第6項並びに同法附則第5条の4の2第6項の規定による控除をされるべき金額があるときは、当該金額を加算した額とする。以下同じ。）を合算した額が23万5千円以上の場合
- (2) 前号の所得割の額を算定する場合には、次によること。
 - ア 地方税法等の一部を改正する法律（平成22年法律第4号）第1条の規定による改正前の地方税法第292条第1項第8号に規定する扶養親族（16歳未満の者に限る。（以下「扶養親族」という。））及び同法第314条の2第1項第11号に規定する特定扶養親族（19歳未満の者に限る。（以下「特定扶養親族」という。））があるときは、同号に規定する額（扶養親族に係るもの及び特定扶養親族に係るもの（扶養親族に係る額に相当するものを除く。）に限る。）に同法第314条の3第1項に規定する所得割の税率を乗じて得た額を控除するものとする。

イ 地方税法第 318 条に規定する賦課期日において指定都市（地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 252 条の 19 第 1 項の指定都市をいう。以下同じ。）の区域内に住所を有する者であるときは、これらの者を指定都市以外の市町村の区域内に住所を有する者とみなして、所得割の額を算定するものとする。

（助成の対象となる予防接種）

第 5 条 助成の対象となる予防接種（以下「対象予防接種」という。）は、次のいずれにも該当するものとする。

- (1) 予防接種法第 2 条第 2 項で定められた疾病のうち結核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) 移植前に予防接種法、実施規則及び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。）の規定に基づき実施された予防接種ワクチンの免疫が造血幹細胞移植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。
- (4) 平成 31 年 4 月 1 日以降の再接種であること。

（助成金の範囲）

第 6 条 助成金の範囲は、医療機関に支払った予防接種料（消費税を含む。）とし、抗体検査や医師が記入する理由書等の文書料は含まないものとする。

（助成額）

第 7 条 市が助成対象者の保護者（以下「申請者」という。）に行う助成の金額は、助成対象者について次に掲げる条件に応じた額とする。

助成対象者	助成金額
生活保護受給者	申請者が医療機関に支払った再接種費用の額もしくは本市と一般社団法人兵庫県医師会との間で締結している広域的予防接種委託契約（以下、「委託契約」という。）に基づく予防接種の額のいずれか低いものの額。
その他	申請者が医療機関に支払った再接種費用の額または委託契約に基づく予防接種の額のいずれか低い方の額のうち、100 分の 10 に相当する額を一部自己負担金として控除した額。

（交付申請）

第 8 条 申請者は、予防接種再接種費用助成金交付申請書（様式第 1 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) 骨髄移植等により既に受けた定期予防接種に係る免疫の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（骨髄移植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に限

る。)又は当該履歴が確認できるものの写し

- (3) 助成対象者及び助成対象者と同じの世帯に属する全ての者の、申請しようとする月の属する年度(4月から6月までの場合にあっては前年度)分の課税(所得・非課税)証明書

(助成対象者の認定及び交付決定)

第9条 市長は、前条の申請書の提出があったときは、これを審査し、助成対象者の認定及び交付の可否について、予防接種再接種費用助成金交付決定通知書(様式第3号。以下「交付決定通知書」という。)又は予防接種再接種費用助成金不交付決定通知書(様式第4号)により申請者へ通知するものとする。

(再接種の実施)

第10条 交付決定通知書の交付を受けた申請者は、医療機関(国内に所在するものに限る。)において助成対象者に対象予防接種を受けさせ、その接種に要した費用を当該医療機関に支払うものとする。

(実績報告)

第11条 接種費用の助成を受けようとする申請者は、予防接種再接種実績報告書兼助成金交付額確定申請書(様式第5号)に接種費用を支払ったことを証する書類及び申請者であることを証する書類を提示し、又は添付して、市長に報告及び申請しなければならない。

- 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又は予防接種を受けた日から1か月以内のいずれか遅い日までに行わなければならない。

(助成額の決定及び通知)

第12条 市長は、前条第1項の規定による報告及び申請があったときは、これを審査し、第7条の規定に基づき助成金の額を決定したときは、予防接種再接種費用助成金交付額決定通知書(様式第6号。以下「交付額決定通知書」という。)により速やかに申請者に通知するものとする。

(助成金の請求)

第13条 交付額決定通知書の交付を受けた申請者は、予防接種再接種費用助成金請求書(様式第7号)により市長に請求するものとする。

(助成金の支払)

第14条 市長は、前条の規定による請求があったときは、申請者に支払うものとする。

(交付決定の取り消し及び助成金の返還)

第15条 市長は申請者が偽りその他不正の行為により助成の決定を受けたときは、交付の決定の全部または一部を取り消し、既に交付している助成金の全部または一部の返還を命ずることができる。

(補則)

第16条 この要綱に定めるもののほか、予防接種再接種費用の助成に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和元年10月1日から施行する。ただし、第10条の規定にかかわらず、助成決定前（平成31年4月1日から第8条に規定する交付申請を行う前日までの間）に実施された再接種については、令和元年度に限り、助成の対象とする。

様式第 1 号

予防接種再接種費用助成金交付申請書

伊丹市長 様

予防接種再接種費用の助成金交付を受けたく、伊丹市予防接種再接種費用の助成に関する要綱第 8 条の規定により、下記の再接種者の助成対象者としての認定について、関係書類を添えて申請します。なお、この申請にあたり市が保有する情報について閲覧し調査すること、および医療機関等に問い合わせることに同意します。

申請日 年 月 日 ※太枠内をご記入ください。

申請者 (保護者)	住所	〒	電話番号	※日中連絡のつく番号をご記入ください。
	フリガナ		再接種者 との続柄	
	氏名			
再接種者	住所	〒 ☐ 申請者と同じ	電話番号	☐ 申請者と同じ
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			

※審査後、助成金交付（不交付）決定通知書は申請者に送付します。

【必要書類】

- ① 医師の理由書（様式第 2 号）
- ② 骨髄移植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（母子健康手帳、予防接種済証等の写し）
- ③ 申請しようとする月の属する年度（4 月から 6 月までの場合にあつては前年度）分の課税（所得・非課税）証明書（助成対象者及び助成対象者と同一の世帯に属する方全員分）

医師の理由書

伊丹市長様

下記の者は、骨髄移植等により移植前に接種した定期予防接種の免疫が低下又は消失したため、再接種が必要であると判断しました。

フリガナ			
被再接種者氏名			
生年月日	年	月	日
住所	伊丹市		
再接種が必要となった 疾病名と治療内容	疾病名		
	治療内容		
骨髄移植等実施日	年	月	日
上記疾病の治療期間			
疾病から回復し、 接種可能となった日	年	月	日
再接種が必要な予防接種 の種類と回数 【該当する予防接種に○ をご記入の上、() に必 要回数をご記入くださ い。】	小児用肺炎球菌	:	(回)
	ヒブ	:	(回)
	B型肝炎	:	(回)
	水痘	:	(回)
	4 種混合	:	(回)
	3 種混合	:	(回)
	不活化ポリオ	:	(回)
	2 種混合	:	(回)
	ヒトパピローマウイルス	:	(回)
	麻しん風しん (MR)	:	(回)
	麻しん	:	(回)
	風しん	:	(回)
日本脳炎	:	(回)	
医療機関名 所 在 地 電 話 番 号 医 師 名	記載日	年	月 日
			印

【注意事項】

- 1 本理由書の発行に係る費用は助成対象外となり、被接種者の保護者または本人の負担となります。
- 2 助成の対象は、定期予防接種として過去に接種を受けたものに限りします。
- 3 本理由書に基づき再接種する予防接種は、任意接種となります。
- 4 本理由書は平成 31 年 4 月 1 日以降に再接種する（した）ものであり、原則として、年度内に再接種する（した）予防接種について記載してください。

文 書 番 号
年 月 日

(住所)
(氏名) 様

伊丹市長

予防接種再接種費用助成金交付決定通知書

年 月 日付で交付申請のあった上記の助成金について、伊丹市予防接種再接種費用の助成に関する要綱（令和元年 1 0 月 1 日施行）（以下「要綱」という）第 9 条の規定により、下記の者を要綱第 3 条に規定する助成対象者として認定し、交付することに決定しましたので通知します。

なお、助成の対象となる予防接種及び助成金の範囲は、それぞれ要綱第 5 条及び第 6 条によるものとします。

記

(住所)
(氏名)

	種類	回数	理由
対象となる 予防接種			
対象となら ない予防接 種			

(住所)
名前 様

伊丹市長 藤原 保幸

予防接種再接種費用助成金不交付決定通知書

令和 年 月 日付で交付申請のあった上記の助成金について、伊丹市予防接種再接種費用の助成に関する要綱（令和元年 10 月 1 日施行）（以下「要綱」という）第 9 条の規定により審査した結果、下記の者を要綱第 3 条に規定する助成対象者として認定しないことに決定しましたので通知します。

記

(住所)
(氏名)

【理由】

予防接種再接種実績報告書兼助成金交付額確定申請書

伊丹市長 様

伊丹市予防接種再接種費用の助成に関する要綱第 1 1 条の規定により、下記の実績に係る助成金交付額確定について申請します。

※太枠のみご記入ください。

年 月 日

申請者 (保護者)	フリガナ		再接種者との続柄
	氏名	印	
	住所		
再接種者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所	□申請者と同じ	
再接種実績	予防接種の種類番号	接種日 (接種時年齢)	
		申請金額 (【別紙】申請額計算書にて算出した金額)	円
	予防接種の種類番号一覧	①小児用肺炎球菌 ②ヒブ ③B型肝炎 ④日本脳炎 ⑤水痘 ⑥4種混合 ⑦3種混合 ⑧不活化ポリオ ⑨2種混合 ⑩子宮頸がん予防 ⑪麻しん風しん (MR) ⑫麻しん ⑬風しん	
接種医療機関	名称		
	所在地		
	電話番号		

【必要書類】

- ①医療機関が発行した領収書・明細書の原本 (複写後原本は返却します。)
- ②免許証・健康保険証等、申請者であることを証するもの (複写後返却します。
郵送の場合複写のみ同封ください。)
- ③【別紙】申請額計算書

年 月 日

伊丹市長 様

申請者（様式第 5 号の申請者と同じ）
（住所）
（氏名）

予防接種再接種費用助成金請求書

年 月 日付で通知のあった標記のことについて、伊丹市予防接種再接種費用の助成に関する要綱第 1 3 条の規定により下記の金額を請求いたします。

請求額 金 円也

予防接種再接種費用助成金は、下記の預金口座に振り込んでください。
なお、申請者と口座名義人が異なる場合は、下記口座名義人に受領を委任します

申請者名 印 ※下記口座名義人と申請者が同じ場合は記名不要です。

振 込 口 座	金融機関名				銀行・農協・信金・信組	
	支店名		支店・支所			
	普通 当座 その他	口座番号		フリガナ		
				口座名義人		