

一宮町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付要綱を次のように定める。

令和5年10月18日

一宮町長

馬淵 昌也



一宮町告示第 44 号

一宮町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付要綱

(目的)

第1条 この要綱は、骨髄移植、末梢血幹細胞移植及びさい帯血移植（以下「造血細胞移植」という。）により、当該造血細胞移植の前に受けた予防接種法（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による免疫が低下又は消失した者が、再度の予防接種（以下「再接種」という。）を受けやすい環境を整備するため、当該再接種に要する費用を助成し、感染及び発病の防止を図ることを目的とする。

(助成対象予防接種)

第2条 助成対象となる予防接種（以下「助成対象予防接種」という。）は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 再接種を受ける日において、法第2条第2項に規定するA類疾病に係る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）の規定に適合するワクチンの予防接種であること。

(3) 法に基づく定期予防接種をしたものの再接種であること。

(助成対象者)

第3条 再接種費用の助成を受けることができる者（以下「助成対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 造血細胞移植を受けた者であって、当該造血細胞移植の影響により、再接種が必要と医師に判断された者
- (2) 前条に規定する予防接種の再接種を受ける日において、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づく本町の住民基本台帳に記録されている者
- (3) 予防接種法施行規則（昭和23年厚生省令第36号）第2条の7の表の上欄に掲げられた特定疾病に係る予防接種にあつては、再接種を受ける日において、同表の下欄に掲げる年齢に達しない者。それ以外の予防接種にあつては、再接種を受ける日において20歳未満の年齢である者

(助成額)

第4条 一宮町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金（以下「助成金」という。）の額は、助成対象予防接種について、医療機関等に支払った額と再接種を受ける日の属する年度に締結した千葉県内定期予防接種相互乗り入れ事業委託契約書の料金表「委託料（消費税を含む。）」に定められた額のいずれか低い額とする。

2 再接種に要した交通費、宿泊費、検査料及び次条に掲げる書類の発行に要した文書料は助成金の対象としない。

(助成の申請)

第5条 助成を受けようとする者は、一宮町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付申請書兼請求書（別記第1号様式）に次の各号に掲げる書類を添えて、町長に申請しなければならない。

- (1) 一宮町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成明細書（別記第2号様式）
- (2) 一宮町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成に関する医師の意見書（別記第3号様式）
- (3) 再接種をした実施医療機関の領収書の原本
- (4) 予防接種の記録が記載されているものの写し
- (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 前項の規定による申請は、再接種を受ける日から2年以内に行わなければならない。

(助成金交付の決定)

第6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、適当と認めたときは、一宮町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付決定通知書（別記第4号様式）により通知し、助成金を支払うものとし、不適当と認めたときは、一宮町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金不交付決定通知書（別記第5号様式）により通知するものとする。

(不当利得の返還)

第7条 町長は、偽りその他不正な手段により助成金の支給を受けた者があるときは、当該助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(委任)

第8条 この要綱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5年10月18日から施行する。

別記
第1号様式（第5条）

一宮町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付申請書兼請求書

（あて先）一宮町長

一宮町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付要綱第5条第1項の規定により、次の誓約及び同意のうえ、関係書類を添えて申請します。また、申請者と口座名義人が異なる場合は、助成金の受領を口座名義人に委任します。

【誓約・同意事項】

- （1）助成金の交付決定に係る審査において、町が助成対象者の個人情報を見、及び関係機関に調査することに同意します。
- （2）助成金の支給後、本申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合や助成金の支給要件に該当しないことが判明した場合には、助成金を返還します。

申請日 年 月 日

申請者	フリガナ			被接種者 との続柄	
	氏名	印			
	住所	〒			
	日中連絡先	携帯（ ） / 自宅（ ）			

助成対象者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				
	現住所	〒			
	申請額	※明細書の交付申請額欄の合計額を 円 記入してください。			
振込先	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協 ()		本・支店 本・支所 出張所	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		
	フリガナ	※通帳の表記に合わせてください。			
	口座名義人				

【添付書類】

- ☐一宮町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成明細書（別記第2号様式）
- ☐一宮町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成に関する医師の意見書
（別記第3号様式）
- ☐再接種をした実施医療機関の領収書の原本（ ）
- ☐予防接種の記録が記載されているものの写し（ ）
- ☐その他町長が必要と認める書類（ ）

第2号様式（第5条）

一宮町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成明細書

予防接種名 ・回数	接種年月日	接種した 医療機関名	接種費用① (支払った額)	助成限度額② (委託契約の 単価額)	交付申請額 (①と②を比べ て少ない額)
	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
合 計			円		円

※交付申請額欄には接種費用と助成限度額のどちらか少ない方の金額をご記入ください。

※4種混合・・・15歳未満 BCG・・・・・・・4歳未満
ヒブ・・・・・・・10歳未満 小児用肺炎球菌・・・6歳未満

第3号様式（第5条）

一宮町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成に関する医師の意見書

年 月 日

（宛先）一宮町長

医療機関所在地
医療機関名
電話番号
担当医師名

次の者は、造血細胞移植により、すでに接種を受けた定期の予防接種の効果が期待できないため、再度の予防接種が必要であることを証明します。

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	住 所		
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日生（満 歳 か月）	
接種済みの定期予防接種の効果が期待できない原因となった疾病名と治療内容	(疾 病 名)		
	(治療内容)		
上記疾病の治療期間	年 月 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☑し、回数を○で囲んでください。)	予防接種の種類	回数	
	☐		
	☐		
	☐		
	☐		
	☐		
	☐		
	☐		
	☐		
	☐		
	☐		
	☐		
備 考 欄			

※この意見書の発行に費用がかかる場合は、再接種費用助成事業の対象外ですので申請者の負担となります。

第4号様式（第6条）

一宮町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付決定通知書

年 月 日

様

一宮町長 印

年 月 日付けで申請のあった一宮町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成事業について、次のとおり支給することに決定したので、一宮町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付要綱第6条の規定により通知します。

支給決定額 円

第5号様式（第6条）

一宮町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金不交付決定通知書

年 月 日

様

一宮町長

印

年 月 日付けで申請のあった一宮町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成事業について、次のとおり不支給とすることに決定しましたので、一宮町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付要綱第6条の規定により通知します。

（不支給とした理由）