

船橋市特別の理由により免疫が消失した子に対する任意予防接種費用助成要綱

(目的)

第1条 この要綱は、特別の理由により免疫が消失し、接種済みの予防接種法（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及び船橋市の任意予防接種実施要綱等に基づく任意の予防接種の効果が期待できないと医師に判断され、任意で再度、該当の予防接種を受ける場合に負担する接種費用を助成することで、疾病の発生及びまん延を予防するとともに、経済的負担を軽減することを目的とする。

(助成対象予防接種)

第2条 助成の対象となる予防接種（以下「助成対象予防接種」という。）は、次に掲げる要件の全てに該当するものとする。

- (1) ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎、麻しん、風しん、日本脳炎、破傷風、結核、Hib感染症、肺炎球菌感染症（小児がかかるものに限る。）ヒトパピローマウイルス感染症、水痘、B型肝炎、おたふくかぜ
- (2) 各ワクチンの添付文書の用法及び用量を遵守したものであること。

(接種対象者)

第3条 助成対象予防接種の対象者（以下「接種対象者」という。）は、次に掲げる要件の全てに該当する者とする。

- (1) 疾病の治療として、骨髄移植手術を受けた等の特別な理由により免疫が消失し、接種済みの定期の予防接種及び船橋市の任意予防接種実施要綱等に基づく任意の予防接種の効果が期待できないと医師に判断されていること。
- (2) 助成対象予防接種を接種する日（以下「接種日」という。）において、本市の住民基本台帳に登録されていること。
- (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の表の上欄に掲げる特定疾病に係る予防接種にあつてはそれぞれ同表の下欄に規定する年齢に達するまで、それ以外の予防接種にあつては20歳に達するまでであること。

(助成額)

第4条 助成額は、予防接種に要した費用と、市と一般社団法人船橋市医師会との間で締結している契約予防接種及び各種検診業務委託契約に基づく予防接種費用のいずれか低い額とする。

ただし、費用助成にかかる申請書類交付から費用助成申請までの間に助成額が改正された場合については、接種日時点での規定額を限度として助成するものとする。

(助成の申請等)

第5条 助成を受けようとする者は、次に掲げる書類を添えて、市長に申請しなければならない。

- (1) 特別の理由により免疫が消失した子に対する任意予防接種費用助成申請書（第1号様式）
- (2) 特別の理由により免疫が消失した子に対する任意予防接種費用助成明細書（第2号様式）
- (3) 接種した医療機関等の領収書
- (4) 予防接種の記録が記載されているもの
- (5) 医師の意見書（第3号様式）
- (6) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要があると認める書類

2 前項の規定による申請は、接種日から2年以内に行わなければならない。

3 市長は、助成の決定をしたときは、第1項の規定による申請をした者（以下「申請者」という。）に対して速やかに助成金を支払うものとする。

(助成金の返還)

第6条 市長は、助成金の交付を受けた者が偽りその他不正な手段により助成金の支払いを受けたときは、助成金の一部又は全部を返還させることができる。

(その他)

第7条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成30年1月1日から施行し、同日以降に行われる予防接種について適用する。

附 則

この要綱は、平成30年1月29日から施行し、同日以降に行われる予防接種について適用する。

附 則

この要綱は、令和元年5月1日から施行し、同日以降に行われる予防接種について適用する。

附 則

この要綱は、令和元年10月1日から施行し、同日以降に行われる予防接種について適用する。

附 則

この要綱は、令和元年12月1日から施行し、同日以降に行われる予防接種について適用する。

附 則

この要綱は、令和２年４月１日から施行し、同日以降に行われる予防接種について適用する。

附 則

この要綱は、令和２年１０月１日から施行し、同日以降に行われる予防接種について適用する。

附 則

この要綱は、令和４年４月１日から施行し、同日以降に行われる予防接種について適用する。

附 則

この要綱は、令和５年４月１日から施行し、同日以降に行われる予防接種について適用する。

附 則

この要綱は、令和５年９月１日から施行し、同日以降に行われる予防接種について適用する。

附 則

この要綱は、令和６年４月１日から施行し、同日以降に行われる予防接種について適用する。

第1号様式 特別の理由により免疫が消失した子に対する任意予防接種費用助成申請書

船橋市長 あて

申請日 西暦 20 年 月 日

下記のとおり、予防接種費の償還払いを申請します。なお、申請者と口座名義人が異なる場合は受領を口座名義人に委任します。また、申請内容について、市が保有する個人情報を閲覧・調査すること及び医療機関に問い合わせることに同意します。

太枠内をご記入ください。
・消えるボールペン、修正液は使用できません。
・訂正する場合は二重線で消し、訂正印(申請者印と同じもの)を押印してください。

捨 印

1. 申請される方

住所	〒 —		
氏名	印 予防接種を受けた方との続柄		
電話番号(平日昼間つながるもの)	()	—	

2. 予防接種を受けた方

住 所	☐ 上記と同じ ※申請される方の住所と同じ場合は ☒ してください(住所の記入不要)		
	〒 — 船橋市		
氏 名			
生年月日	年	月	日

3. 振込先 (正確に記入してください。内容に誤りがある場合、入金が遅れる場合があります。)

金融機関名	銀行・金庫 組合・農協		金融機関 コード				
支店名	支店 出張所	支店 番号				預金種別 (該当する□に✓) ☐ 普通 ☐ 当座	
口座番号							
フリガナ							
口座名義人							

4. 必要書類

必要書類が揃っていることをご確認ください↓

1	特別の理由により免疫が消失した子に対する任意予防接種費用助成申請書	☐
2	特別の理由により免疫が消失した子に対する任意予防接種費用助成明細書(申請書裏面)	☐
3	領収書原本(複数の予防接種を同時接種している場合は、各予防接種料金の内訳がわかるもの(診療報酬明細書など)も添付してください)	☐
4	母子健康手帳の予防接種のページなど予防接種の記録を確認できるもの(写し)	☐

5. 郵送先・問い合わせ先

〒273-8506
船橋市北本町1-16-55 船橋市保健福祉センター
健康づくり課 予防接種係
電 話 047-409-3836 FAX 047-409-2934

❖ 申請期限は、予防接種後2年間です(必着)。 ❖ ご提出は、郵送または健康づくり課の窓口(他の窓口は不可)にご持参ください。

市担当者使用欄

交付決定額	円
-------	---



こちらには記入しないでください。

第2号様式

特別の理由により免疫が消失した子に対する任意予防接種費用助成明細書

予防接種を受けた 医療機関名		(医療機関所在地) 都・道 府・県 市・区 町・村
-------------------	--	---------------------------------------

受けた予防接種の種類		上限年齢	回・期	接種年月日		A:接種費用 (実際に支払った金額)	B:償還限度額 (1回あたり)	C:申請額 (AとBを比べて 少ない方を記入)
BCG		4歳		20	年 月 日	円	12,170円	円
ヒブ		10歳	1回目	20	年 月 日	円	9,170円	円
			2回目	20	年 月 日	円		円
			3回目	20	年 月 日	円		円
			追加	20	年 月 日	円		円
小児用肺炎球菌		6歳	1回目	20	年 月 日	円	12,150円	円
			2回目	20	年 月 日	円		円
			3回目	20	年 月 日	円		円
			追加	20	年 月 日	円		円
五種混合		15歳	1回目	20	年 月 日	円	20,370円	円
			2回目	20	年 月 日	円		円
			3回目	20	年 月 日	円		円
			追加	20	年 月 日	円		円
四種混合		15歳	1回目	20	年 月 日	円	12,280円	円
			2回目	20	年 月 日	円		円
			3回目	20	年 月 日	円		円
			追加	20	年 月 日	円		円
三種混合		20歳	1回目	20	年 月 日	円	6,680円	円
			2回目	20	年 月 日	円		円
			3回目	20	年 月 日	円		円
			追加	20	年 月 日	円		円
不活化ポリオ			1回目	20	年 月 日	円	11,020円	円
			2回目	20	年 月 日	円		円
			3回目	20	年 月 日	円		円
			追加	20	年 月 日	円		円
B型肝炎			1回目	20	年 月 日	円	6,860円	円
			2回目	20	年 月 日	円		円
			3回目	20	年 月 日	円		円
MR(麻しん風しん混合)			1期	20	年 月 日	円	11,680円	円
			2期	20	年 月 日	円		円
水痘(水ぼうそう)			1回目	20	年 月 日	円	9,180円	円
			2回目	20	年 月 日	円		円
日本脳炎【1期】			1回目	20	年 月 日	円	8,600円	円
			2回目	20	年 月 日	円		円
			追加	20	年 月 日	円		円
日本脳炎【2期】				20	年 月 日	円	6,980円	円
二種混合【2期】				20	年 月 日	円	5,070円	円
子宮頸がん 予防	・サーバリックス ・ガーダシル		1回目	20	年 月 日	円	16,610円	円
		2回目	20	年 月 日	円	円		
		3回目	20	年 月 日	円	円		
	・シルガード9	1回目	20	年 月 日	円	26,770円	円	
		2回目	20	年 月 日	円		円	
3回目		20	年 月 日	円	円			
おたふくかぜ ※2019年4月2日生まれ以降の方			20	年 月 日	円	(有料区分の方)3,000円 (無料区分の方)7,340円	円	
その他					円	円	円	
					円	円	円	
					円	円	円	

「その他」の欄は、上記項目にない場合に、右表を参照して記入してください。

予防接種の種類	B. 償還上限額 (接種1回あたり)
麻しん【1期・2期】	8,100円
風しん【1期・2期】	8,110円
二種混合【1期】	6,690円

申請合計額 (Cの合計)	円
-----------------	---

意見書

船橋市長 あて

下記の者は、疾病の治療により、接種済み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。

記

フリガナ	
被接種者氏名	
生年月日・年齢	年 月 日生 (歳 か月)
住 所	船橋市
接種済みの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 造血細胞移植※の有無 (有 ・ 無) 有の場合、造血細胞移植を行った日 (年 月 日)
上記疾病の治療期間	年 月 日 ～
再接種が必要な予防接種の種類と回数	☐ B型肝炎 (回) ☐ ヒブ (回) ☐ 小児用肺炎球菌 (回) ☐ 三種混合 (回) ☐ 四種混合 (回) ☐ 五種混合 (回) ☐ 不活化ポリオ (回) ☐ BCG ☐ 麻しん風しん (MR) (回) ☐ 水痘 (回) ☐ 日本脳炎 (回) ☐ 二種混合第2期 ☐ 子宮頸がん予防 (回) ☐ おたふくかぜ

※造血細胞移植…骨髄移植・末梢血幹細胞移植・さい帯血移植のいずれか

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

印