

船橋市予防接種費用助成要領

（目的）

第1条 この要領は、予防接種法（昭和23年法律第68号。以下「法」という。）で定める定期予防接種及び市が実施する任意予防接種をやむを得ない事情により千葉県外等（以下「県外等」という。）で受ける場合に負担する接種費用または予診費用を助成することで、経済的負担を軽減することを目的とする。

（対象者）

第2条 対象者は、市に住民登録のある者で、次のいずれかの理由で県外等での予防接種を希望し、事前に市へ申し込みを行い、法に規定される予防接種及び市が実施する任意予防接種の対象として接種または予診を受けた者とする。

- (1) 母親が出産等で、接種対象となる子どもを連れて、県外等の市区町村に長期にわたり里帰りする場合
- (2) 両親が離婚調停中等の理由で県外等の市区町村に事実上居住している場合
- (3) 県外等の施設に入所している場合
- (4) 病気等の理由で県外等の医療機関でしか接種を受けられない場合
- (5) その他市長がやむを得ない特別の理由があると認める場合

（対象となる予防接種）

第3条 予防接種費用の償還払いの対象となる予防接種は次のとおりとする。

- (1) 法第5条第1項の規定による予防接種（以下、「定期予防接種」という。）
- (2) 船橋市高齢者肺炎球菌予防接種実施要綱の規定に基づく高齢者肺炎球菌任意予防接種（以下「高齢者肺炎球菌任意予防接種」という。）
- (3) 船橋市おたふくかぜワクチン任意予防接種実施要綱の規定に基づくおたふくかぜ任意予防接種（以下「おたふくかぜ任意予防接種」という。）
- (4) 船橋市帯状疱疹ワクチン任意予防接種実施要綱の規定に基づく帯状疱疹任意予防接種（以下「帯状疱疹任意予防接種」という。）

（償還払い申請書・予防接種依頼書の交付）

第4条 市は、予防接種対象者本人、保護者または親族等（以下「償還を受けようとする者」という。）から船橋市オンライン申請又は電話等により県外等で予防接種を受けることを希望する申し出があったときは、予防接種依頼書（以下「依頼書」という。）、船橋市予防接種費償還払い申請書（第1号様式）及び予防接種費償還払い明細書（第2号様式）又は（第3号様式）を交付する。

（償還の申請等）

第5条 償還を受けようとする者は、必要書類を添えて、市長に申請しなければならない。なお、償還を受けようとする者による申請が困難な場合、次のア～ウに該当する者が代わりに申請できるものとする。

ア 小規模住居型児童養育事業を行う者又は里親（以下「里親等」という。）に委託されている場合 当該里親等

イ 児童福祉施設に入所している場合 当該児童福祉施設の長

ウ 児童相談所に一時保護されている場合 当該児童相談所長

2 前項に定める必要書類とは以下のとおりとする。

- (1) 船橋市予防接種費償還払い申請書（第1号様式）

- (2) 予防接種費償還払い明細書（第2号様式）（高齢者以外用）
- (3) 予防接種費償還払い明細書（第3号様式）（高齢者等用）
- (4) 接種または予診した医療機関等の領収書
- (5) 予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳、予防接種済証等の写し等。予診のみの場合は不要）
- (6) 生活保護受給者証の写し（高齢者インフルエンザ及び高齢者肺炎球菌で生活保護受給者のみ。予診のみの場合は不要）
- (7) 風しん抗体検査の結果が記載されている書類の写し（風しん第5期の予防接種を受ける場合のみ）
- (8) その他、市長が必要と認める書類

3 第1項の申請は、接種日または予診日から2年以内に行わなければならない。

4 市長は、助成の決定をしたときは、当該申請者に対して速やかに償還金を支払うものとする。

5 市長は、償還の不承認を決定したときは、船橋市予防接種費償還払い不承認決定通知書（第4号様式）に理由を付して当該申請者に対して通知するものとする。

（助成額）

第6条 市が助成の決定をしたときは、次の各号に掲げる予防接種費用を限度額の範囲で償還する。

ただし、接種から償還払い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の範囲で償還する。

- (1) 定期予防接種（風しんの第5期予防接種を除く）、高齢者肺炎球菌任意予防接種、おたふくかぜ任意予防接種及び帯状疱疹任意予防接種においては、市と一般社団法人船橋市医師会との間で締結している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
- (2) 風しんの第5期予防接種においては、全国知事会と公益社団法人日本医師会との間で締結している風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種に係る委託契約に基づく予防接種費用

（償還金の返還）

第7条 市長は、申請書等の虚偽の記載その他不正行為により償還金の交付を受けた者があるときは、その者から交付した助成金の全部又は一部を返還させることができる。

（その他）

第8条 この要領に定めるもののほか、助成の実施に関し必要な事項が発生した場合は、別途協議のうえ決定するものとする。

附則

この要領は、平成24年4月1日から施行する。ただし、実施依頼書を平成24年4月1日以降に交付を受けている者から適用する。

附則

この要領は、平成24年9月1日から施行する。

附則

この要領は、平成24年11月1日から施行する。

附則

この要領は、平成25年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成25年7月19日から施行する。

附則

この要領は、平成26年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成26年7月1日から施行する。

附則

この要領は、平成26年10月1日から施行する。

附則

この要領は、平成27年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成27年10月1日から施行する。

附則

この要領は、平成28年10月1日から施行する。

附則

この要領は、平成29年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成30年1月29日から施行する。

附則

この要領は、平成31年4月1日から施行する。

附則

この要領は、令和元年5月1日から施行する。

附則

この要領は、令和元年10月1日から施行する。

附則

この要領は、令和元年12月1日から施行する。

附則

この要領は、令和2年4月1日から施行する。

附則

この要領は、令和2年10月1日から施行する。

附則

この要領は、令和3年4月1日から施行する。

附則

この要領は、令和3年5月1日から施行する。

附則

この要領は、令和4年4月1日から施行する。

附則

この要領は、令和5年4月1日から施行する。

附則

この要領は、令和5年9月1日から施行する。

附則

この要領は、令和6年4月1日から施行する。

附則

この要領は、令和6年10月1日から施行する。

第1号様式

船橋市予防接種費償還払い申請書

船橋市長 あて

申請日 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	〒 ー		
氏名			
電話番号(平日昼間つながるもの)	()	ー	

予防接種を受けた
方との続柄

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)		
	〒 ー 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(該当する口に✓) ☐ 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	船橋市予防接種費償還払い申請書	☐
2	予防接種費償還払い明細書	☐
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	予診票(接種を受けた後、医療機関よりお受け取りください)	☐
5	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) ※高齢者は除く	☐

◆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。

◆定期予防接種は法定接種年齢及び法定接種間隔内のもの、任意予防接種は船橋市が助成している年齢の範囲内に限ります。

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。

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		
対象	予防接種の種類	回数・期	接種年月日	A: 領収書の金額 (税込)	B: 償還上限額 (接種1回あたり)	C: 申請額 (AとBの小さい方)
乳幼児	ロタウイルス	ロタリックス	1回目	20 年 月 日	円	14,900円
			2回目	20 年 月 日	円	
		ロタテック	1回目	20 年 月 日	円	9,870円
			2回目	20 年 月 日	円	
			3回目	20 年 月 日	円	
	ヒブ		1回目	20 年 月 日	円	9,170円
			2回目	20 年 月 日	円	
			3回目	20 年 月 日	円	
			追加	20 年 月 日	円	
	小児用肺炎球菌		1回目	20 年 月 日	円	12,150円
			2回目	20 年 月 日	円	
			3回目	20 年 月 日	円	
			追加	20 年 月 日	円	
	B型肝炎		1回目	20 年 月 日	円	6,860円
			2回目	20 年 月 日	円	
			3回目	20 年 月 日	円	
	四種混合		1回目	20 年 月 日	円	12,280円
			2回目	20 年 月 日	円	
			3回目	20 年 月 日	円	
			追加	20 年 月 日	円	
	五種混合		1回目	20 年 月 日	円	20,370円
			2回目	20 年 月 日	円	
			3回目	20 年 月 日	円	
			追加	20 年 月 日	円	
BCG			20 年 月 日	円	12,170円	円
MR(麻しん風しん)		1期	20 年 月 日	円	11,680円	
		2期	20 年 月 日	円		
水痘(水ぼうそう)		1回目	20 年 月 日	円	9,180円	
		2回目	20 年 月 日	円		
おたふくかぜ ※1	一般		20 年 月 日	円	3,000円	円
	市民税非課税・ 生活保護世帯		20 年 月 日	円	7,340円	円
日本脳炎【1期】		1回目	20 年 月 日	円	8,600円	
		2回目	20 年 月 日	円		
		追加	20 年 月 日	円		
予診のみ			20 年 月 日	円	3,990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
児童・生徒	子宮頸がん予防 (女子のみ)	・サーバリックス ・ガーダシル	1回目	20 年 月 日	円	16,610円
			2回目	20 年 月 日	円	
			3回目	20 年 月 日	円	
		・シルガード9	1回目	20 年 月 日	円	26,770円
			2回目	20 年 月 日	円	
			3回目	20 年 月 日	円	
予診のみ			20 年 月 日	円	3,160円	円
その他			20 年 月 日	円	円	円
その他			20 年 月 日	円	円	円

「その他」の欄は、上記項目にない場合に、下表を参照して記入してください。

対象	予防接種の種類	B. 償還上限額 (接種1回あたり)	対象	予防接種の種類	B. 償還上限額 (接種1回あたり)
乳幼児	麻しん【1期・2期】	8,100円	成人	MR(麻しん風しん)【5期】	10,060円
	風しん【1期・2期】	8,110円		風しん【5期】	6,500円
	不活化ポリオ	11,020円		予診のみ	3,160円
	三種混合	6,680円		昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの 男性が対象	
	二種混合【1期】	6,690円			

申請額合計
(Cの合計)

円

※1 平成31年4月2日以降に生まれた1歳の子が対象

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

1. 高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス・高齢者肺炎球菌

予防接種の種類	接種年月日	①:領収書の金額 (税込)	②:自己負担金	③:①から②を 引いた金額	④:償還上限額	⑤:申請額 (③と④の小さい方)
高齢者 インフル エンザ	一般	20 年 月 日	円	1,000円		4,190円
	生活保護世帯	20 年 月 日	円			5,190円
新型コ ロナウ イルス	一般	20 年 月 日	円	2,000円		13,300円
	生活保護世帯	20 年 月 日	円			15,300円
高齢者 肺炎球 菌	一般	20 年 月 日	円	2,000円		6,290円
	生活保護世帯	20 年 月 日	円			8,290円
予診のみ		20 年 月 日	円			3,160円

2. 带状疱疹ワクチン

予防接種の種類			回数	接種年月日	⑥:領収書の金額 (税込)	⑦:償還上限額 (接種1回あたり)	⑧:申請額 (⑥と⑦の小さい方)
帯状 疱 疹 ワ ク チ ン	生ワクチン	一般		20 年 月 日		2,000円	
		生活保護世帯		20 年 月 日		8,360円	
	不活化ワクチン	一般	1回目	20 年 月 日		5,000円	
			2回目	20 年 月 日			
		生活保護世帯	1回目	20 年 月 日		21,560円	
			2回目	20 年 月 日			
	予診のみ			20 年 月 日		3,160円	

申請額合計
(⑤と⑧の合計)

円

船 第 号
年 月 日

様

船橋市長

船橋市予防接種費償還払い不承認決定通知書

年 月 日付けで申請がありました予防接種費の償還払いについて、船橋市
予防接種費用助成要領に基づき、下記のとおり交付しないことを決定しましたので通知
します。

記

【不交付決定の理由】

(被接種者)