

茨木市インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症予防接種事業実施要綱

(趣旨)

第1 この要綱は、予防接種法（昭和23年法律第68号）第5条第1項に基づき実施する予防接種であって、B類疾病に係るものであるインフルエンザ予防接種及び新型コロナウイルス感染症予防接種（以下「インフルエンザ等予防接種」という。）の実施について、必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2 インフルエンザ等予防接種の対象者は、インフルエンザ等予防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）に基づき本市の住民基本台帳に記録されている者及び本市に居住する者で市長が特に必要と認めるもののうち、予防接種法施行令（昭和23年政令第197号）第3条第1項の表インフルエンザまたは、新型コロナウイルス感染症の欄に掲げる者とする。

(実施方法)

第3 事業の実施方法は、市長の要望に応じてインフルエンザ等予防接種の実施に協力することを承諾した医師により行う個別接種とし、回数は、対象者1人につき、1年度に1回とする。

(実費の徴収)

第4 市長は、インフルエンザ等予防接種を行った場合は、予防接種法第28条の規定により、当該インフルエンザ等予防接種を受けた者から実費徴収金として次に掲げる額を徴収する。

- (1) インフルエンザ 1,500円
- (2) 新型コロナウイルス感染症 3,000円

2 前項各号の実費徴収金について、次に掲げる者については、当該実費徴収金を徴収しないものとする。

- (1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けている世帯（その保護を停止されている世帯を除く。）に属する者
- (2) 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付を受けている者

3 前項各号に掲げる者が、本市と当該予防接種の実施に関する覚書を締結している市区町村が委託締結をしている医療機関にて、当該インフルエンザ等予防接種を受ける場合には、予防接種実費免除申請書（様式第1号）により、市長

に申請しなければならない。

- 4 市長は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、適当と認められた申請者に対し、当該インフルエンザ等予防接種の実費徴収金を徴収しないことが明らかであることが分かる予診票を交付する。

(その他)

- 第5 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

(実施期日)

- 1 この要綱は、平成13年11月7日から実施する。
(令和2年度における実費の徴収の特例)
- 2 令和2年度における実費徴収金の徴収については、第4の規定にかかわらず、当該実費徴収金を徴収しないものとする。
(令和4年度における実費の徴収の特例)
- 3 令和4年度における実費徴収金の徴収については、第4の規定にかかわらず、当該実費徴収金を徴収しないものとする。
(令和5年度における実費の徴収の特例)
- 4 令和5年度における実費徴収金の徴収については、第4の規定にかかわらず、当該実費徴収金を徴収しないものとする。

附 則

この要綱は、平成20年11月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成21年4月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成25年6月12日から実施する。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成28年6月27日から実施する。

附 則

この要綱は、令和2年10月1日から実施する。

附 則

この要綱は、令和4年10月1日から実施する。

附 則

この要綱は、令和5年10月1日から実施する。

附 則

この要綱は、令和6年10月1日から実施する。

予防接種実費免除申請書

（申請先）茨木市長

年 月 日

次の予防接種を受けるにあたり、茨木市インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症予防接種事業実施要綱第4第2項各号に掲げる者に該当することから、同要綱第4第3項に基づき申請をします。

なお、この申請に伴い、住民情報、生活保護受給状況、または中国残留邦人等支援給付受給状況を確認することに同意します。

予 防 接 種 名	該当する予防接種に☑を入れてください。 (どちらも該当する場合はどちらも☑してください。)		
	<input type="checkbox"/> 季節性高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナウイルス感染症		
住 所	〒 茨木市		
被 接 種 者	フリガナ 電話番号 ー ー		
生 年 月 日	年 月 日 (歳)	性別	
接 種 医 療 機 関	接種医療機関の所在する市町に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 吹田市 <input type="checkbox"/> 高槻市 <input type="checkbox"/> 箕面市 <input type="checkbox"/> 摂津市 <input type="checkbox"/> 豊中市 <input type="checkbox"/> 池田市 <input type="checkbox"/> 島本町 <input type="checkbox"/> 豊能町 <input type="checkbox"/> 能勢町 医療機関名 ()		
定 期 接 種 対 象 者	該当する対象に☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 接種する日において65歳以上の者 <input type="checkbox"/> 接種する日において60歳以上65歳未満の者で、心臓、腎臓、呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に重大な障害のあるもの（これらに該当することが分かる身体障害者手帳（1級）又は医師の診断書等が必要） ※ 接種医療機関に対して、写しをご提出をいただく必要があります。		
対 象 理 由	該当する対象理由に☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けている世帯（その保護を停止されている世帯を除く。）に属する者 ※ 生活保護受給者証写しをご提出ください。 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付を受けている者 ※ 支援給付を受けていることが分かる確認証をご提出ください。		

※ 被接種者以外が申請する場合は、裏面にもご記入ください。

■ 代理申請をする場合は下欄にご記入ください。

委任者 (被接種者)	フリガナ		
	⑩ ※ 自署の場合は、押印不要		
受任者 (代理申請者)	フリガナ		
	(事業所の場合は事業所名もご記入してください)		
	〒		
	被接種者との関係		電話番号

郵送による申請で、被接種者の住所以外に予診票送付を希望する場合は、該当する方法へ☑の上、ご記入ください。

受任者の住所

その他の送付先 (下欄へご記入ください。)

〒 _____

住 所 _____

名 前 _____

【注意事項】

発行される予診票で、既に医療機関へ支払った接種料金の払い戻しはできません。
 払い戻しを希望する場合は、茨木市健康づくり課において償還払いの手続きを行う必要があります。