

## 茨木市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実施要綱

### (目的)

第1 この要綱は、予防接種法（昭和23年法律第68号。以下「法」という。）に基づく予防接種（法第2条第2項各号に掲げる疾病に係るものに限る。以下「定期予防接種」という。）で得た免疫が骨髄移植等の造血細胞移植により低下し、又は消失したこと（以下「造血細胞移植による免疫の低下等」という。）を理由として、当該定期予防接種と同等の予防接種を再度接種すること（以下「再接種」という。）が必要である者について、当該再接種に要する費用の一部を助成することにより、経済的負担の軽減を図り、もって感染症の発生及びまん延を防止することを目的とする。

### (助成対象予防接種)

第2 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、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 造血細胞移植による免疫の低下等を理由として受ける再接種であること。
- (2) 予防接種実施規則（昭和33年厚生省令第27号）の規定によるワクチンの予防接種であること。

### (助成対象者)

第3 助成の対象となる者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 再接種を受ける日において20歳未満の者
- (2) 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）に基づき、本市の住民基本台帳に記録されている者。ただし、市長が特に必要と認める場合は、この限りでない。
- (3) 造血細胞移植による免疫の低下等により、再接種が必要であると医師が認める者

### (助成対象経費)

第4 助成の対象となる経費は、助成対象予防接種に要する費用のうち、抗体検査その他の検査に要する費用（初診料及び再診料を含む。）及び第6第1号に規定する茨木市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象認定に係る意見書（様式第2号）に係る費用以外の費用とする。

### (助成金額)

第5 助成金の額は、次に掲げる額のうちいずれか少ない額とする。

- (1) 再接種を受けた日の属する年度において本市が一般社団法人茨木市医師会と締

結している茨木市予防接種事業業務委託契約において定められた当該予防接種に係る委託料の単価

(2) 助成対象経費の合計額

(助成対象認定の申請)

第6 助成を受けようとする者は、再接種を受ける前に茨木市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象認定申請書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて指定された期日までに市長に申請しなければならない。

(1) 茨木市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象認定に係る意見書（様式第2号）

(2) 造血細胞移植前に受けた定期予防接種の記録が記載された母子健康手帳その他の当該定期予防接種を接種したことを証する書類

(3) その他市長が必要と認める書類

(助成対象の認定等)

第7 市長は、第6の規定による申請があったときは、その内容を審査し、予算の範囲内において認定の可否を決定し、茨木市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象認定（不認定）通知書（様式第3号）により申請者に通知する。

(再接種の方法等)

第8 第7の規定により認定を受けた者（第10において「被認定者」という。）は、医療機関において再接種を受け、その費用の全額を支払わなければならない。

(認定の取消し)

第9 市長は、虚偽の申請その他の不正な手段により被認定者となった者がいるとき又はこの要綱に違反したときは、第7の規定による認定を取り消すことができる。

(助成金の交付申請等)

第10 被認定者は、再接種を受けた後、茨木市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（様式第4号）に次に掲げる書類を添えて指定された期日までに市長に提出し、助成金の交付の申請及び請求をしなければならない。

(1) 再接種を受けたことを証する書類

(2) 再接種に要する費用の領収書

(3) その他市長が必要と認める書類

2 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、予算の範囲内において助成金の交付の可否を決定し、申請者に対し、茨木市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（不交付）決定通知書（様式第5号）により通知するものとする。

3 前項の場合において、市長は、助成金の交付決定をしたときは、申請者に対し当

該助成金を交付する。

(助成金の返還等)

第11 市長は、助成金の交付を受ける者あるいは受けた者が次の各号のいずれかに該当するときは、助成金を交付せず、若しくは減額し、又は全部若しくは一部を返還させることができる。

(1) この要綱に違反したとき。

(2) 虚偽その他不正な行為により助成を受け、又は受けようとしたとき。

(3) その他市長が不相当と認めたとき。

(その他)

第12 この要綱に定めるもののほか、造血細胞移植後定期予防接種再接種費用の助成について必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(実施期日)

1 この要綱は、平成30年10月1日から実施し、平成30年4月1日から適用する。

(経過措置)

2 平成30年4月1日からこの要綱の実施日の前日までに再接種を受けた者に係る再接種に要する費用の助成を受けようとする者は、第6の規定にかかわらず、助成対象認定の申請を行わずに第10に規定する助成金の交付申請等を行うことができる。この場合において、当該者についての第10の適用については、第10第1項各号列記以外の部分中「被認定者は、再接種を受けた後」とあるのは「平成30年4月1日からこの要綱の実施日の前日までに再接種を受けた者に係る再接種に要する費用の助成を受けようとする者は」とし、同項中

「

(3) その他市長が必要と認める書類

」とあるのは

「

(3) 茨木市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象認定に係る意見書(様式第2号)

(4) 造血細胞移植前に受けた定期予防接種の記録が記載された母子健康手帳その他の当該定期予防接種を接種したことを証する書類

(5) その他市長が必要と認める書類

」と

する。

茨木市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象認定申請書

（提出先）茨木市長

茨木市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象の認定を受けたいので、下記のとおり申請します。

申請日		年 月 日		
申請者 (保護者)	フリガナ		電話番号	— —
	氏 名	⑩		
	住 所			被接種者との続柄
被接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	茨木市 ※申請者と異なる場合のみ記入してください。		
再接種を受ける医療機関名				
予防接種の種類等		※該当するものに○を付けてください。		
		ヒブ(Hib)	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
		小児用肺炎球菌	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
		B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
		4種混合(DPT-IPV)	第1期初回(1回目・2回目・3回目)・第1期追加	
		3種混合(DPT)	第1期初回(1回目・2回目・3回目)・第1期追加	
		不活化ポリオ(IPV)	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
		BCG	1回	
		麻しん風しん混合(MR)	第1期・第2期・第3期・第4期	
		麻しん	第1期・第2期・第3期・第4期	
		風しん	第1期・第2期・第3期・第4期	
		水痘	1回目・2回目	
		日本脳炎	第1期初回(1回目・2回目)・第1期追加・第2期	
		2種混合(DT)	第2期	
		子宮頸がん(HPV)	1回目・2回目・3回目	

<添付書類>

- ・ 茨木市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象認定に係る意見書(様式第2号)
- ・ 定期予防接種の記録が記載された母子健康手帳その他の定期予防接種の記録を証する書類

<注意事項>

- 1 助成の対象となる予防接種は、過去に接種を受けた定期予防接種に限ります。
- 2 助成対象の認定前に接種を受けた予防接種については、助成の対象外となります。
- 3 本申請により再接種する予防接種は、任意接種となります。

（提出先）茨木市長

茨木市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象認定に係る意見書

造血細胞移植により、移植前に接種した予防接種法に基づく定期予防接種で得た免疫が低下又は消失した下記の者について、再接種の実施が可能と判断しますので次のとおり意見書を提出します。

記

被接種者	住 所	茨木市		
	氏 名	(フリガナ)		
	生年月日	年	月	日
再接種の実施が可能と判断する理由	【理由】	造血細胞移植により、移植前に接種した予防接種法に基づく定期予防接種で得た免疫が低下又は消失し、予防効果等が期待できないため。		
	【その他の事項】※疾病の名称等を必ずご記入ください。	疾病の名称：（ ）		
	治療内容等：	再接種の実施が可能となった日： 年 月 日		
予防接種の種類等	※該当するものに○を付けてください。			
	ヒブ(Hib)	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	小児用肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
	4種混合(DPT-IPV)	第1期初回（1回目・2回目・3回目）・第1期追加		
	3種混合(DPT)	第1期初回（1回目・2回目・3回目）・第1期追加		
	不活化ポリオ(IPV)	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	B C G	1回		
	麻しん風しん混合(MR)	第1期・第2期・第3期・第4期		
	麻しん	第1期・第2期・第3期・第4期		
	風しん	第1期・第2期・第3期・第4期		
	水痘	1回目・2回目		
	日本脳炎	第1期初回（1回目・2回目）・第1期追加・第2期		
	2種混合(DT)	第2期		
子宮頸がん(HPV)	1回目・2回目・3回目			
所 在 地：	年 月 日			
医療機関名：				
電話番号：	—	—	医師氏名 印	

<特記事項>

- 1 本意見書の発行に係る費用は助成対象外となり、申請者負担となります。
- 2 助成の対象となる予防接種は、過去に接種を受けた定期予防接種に限ります。
- 3 本意見書に基づき再接種する予防接種は、任意接種となります。

年 月 日

様

茨木市長

印

茨木市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用  
助成対象認定（不認定）通知書

年 月 日付けで申請のあった茨木市造血細胞移植後  
定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象の認定について、次のとおり決定  
しましたので通知します。

1 被接種者氏名

2 決定の内容 認 定

不 認 定  
（理由）

3 再接種する予防接種の種類等

--

4 その他

上記2の結果については、次のいずれかに該当するときは、これを取り  
消すことがあります。

ア 再接種を受ける日において、本市の住民基本台帳に記録されている  
者に該当しない場合

イ その他茨木市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助  
成事業実施要綱の規定に違反したとき

茨木市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

（提出先）茨木市長

次のとおり、茨木市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の交付を関係書類を添えて申請し、及び請求します。

申請日		年 月 日		
申請者 （保護者）	フリガナ			
	氏 名	Ⓜ	電話番号	— —
	住 所			
被接種者	フリガナ			
	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	茨木市 ※申請者と異なる場合のみ記入してください。		
再接種を受けた医療機関名				
予防接種の種類		補助上限額（A）	接種費用（B）	予防接種を受けた年月日
		円	円	年 月 日
		円	円	年 月 日
		円	円	年 月 日
		円	円	年 月 日
		円	円	年 月 日
		円	円	年 月 日
		円	円	年 月 日
		円	円	年 月 日
		円	円	年 月 日
		円	円	年 月 日
		円	円	年 月 日
申請額（それぞれ（A）と（B）のうち少ない額を合計した額） 合計金額の左側に¥マークを記入してください。				

助成金の交付を決定したときは、次の口座へ振り込んでください。

（振込申請先者名義）	金融機関名	銀行 金庫 農協	店 名	本店 支店 出張所
	預金種別	普通	当座	フリガナ
	口座番号	左 詰 め		口座名義

〔同意〕

審査のため、私及び被接種者の住民基本台帳を茨木市長が閲覧することに同意します。

申請者

Ⓜ

茨木市指令 第 号

住 所  
氏 名 様

茨木市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（不交付）決定通知書

年 月 日付けで申請のあった茨木市造血細胞移植後  
定期予防接種ワクチン再接種費用助成金について、次のとおり決定しました  
ので通知します。

1 被接種者氏名

2 決定の内容 交 付  
不 交 付  
(理由)

3 交付決定額 円

4 交付予定日 年 月 日

※ 振込日が10日程度遅れる場合があります。交付予定日から2週間以上過ぎても振込みを確認できない場合は、茨木市健康福祉部保健医療課（電話：072-621-5901）までご連絡ください。

5 その他

次のいずれかに該当するときは、助成金の全部又は一部を返還していただくことがありますのでご注意ください。

- (1) 茨木市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実施要綱の規定に違反したとき。
- (2) 虚偽その他不正な行為により助成を受け、又は受けようとしたとき。
- (3) その他市長が不相当と認めたとき。

年 月 日

茨木市長 印