

羽咋市骨髓移植等の治療後の任意予防接種費用助成金交付要綱

令和 7 年 7 月 1 日告示第 63 号

(趣旨)

第 1 条 この要綱は、骨髓移植等の造血幹細胞移植又は抗がん剤治療等の化学療法（以下「骨髓移植等」という。）により、治療前に接種した予防接種法（昭和23年法律第68号。）に規定する疾病にかかる定期の予防接種の予防効果が期待できないと医師に判断された者が再度の予防接種（以下「再接種」という。）をうける場合に要する費用を助成することにより、経済的負担の軽減及び感染症予防並びに感染症のまん延、重症化を予防することを目的とする。

(助成の対象となる再接種)

第 2 条 助成の対象となる再接種は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 予防接種法第 2 条第 2 項、第 3 項に規定する予防接種のうち、医師の指示により再接種を行うものであること。
- (2) 接種済みの定期予防接種の接種回数及び接種間隔が、予防接種実施規則（昭和 33 年厚生省令第 27 号）の規定に準ずるものであること。

(再接種対象者)

第 3 条 再接種の対象となる者（以下「再接種対象者」という。）は次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 骨髓移植等により、予防接種法第 5 条第 1 項に定める定期の予防接種として接種済みの予防接種の免疫が消失し、予防効果が期待できないと医師に判断された者
- (2) 再接種を受ける日において、羽咋市内に住所を有する者

(助成費の額)

第 4 条 助成費の額は、再接種日の属する年度における羽咋市と羽咋郡市医師会との間で契約した個別予防接種委託契約の委託単価と当該予防接種の再接種費用として医療機関に支払った費用のうちいずれか少ない額とし、抗体検査、医師が記入する理由書等の文書料は含めないものとする。

(適用申請)

第 5 条 助成を受けようとする再接種対象者又はその保護者（以下「申請者」という。）は、再接種対象者が再接種を受ける前に、羽咋市骨髓移植等の治療後の任意予防接種費用助成適用認定申請書（様式第 1 号）により、次に掲げる書類を添えて市長に申請し、助成の適用の認定を受けなければならない。

- (1) 再接種の必要があると判断する医師の意見書

(2) 母子健康手帳等の骨髄移植等を受ける前の再接種を受ける者の定期予防接種の履歴が確認できるものの写し

(適用認定の決定)

第6条 市長は前条の規定による申請があったときには、その内容を審査し、助成の適用の認定の可否を決定し、羽咋市骨髄移植等の治療後の任意予防接種費用助成適用認定（不認定）通知書（様式第2号）により、申請者に通知するものとする。

(助成費の請求)

第7条 前条の規定による助成適用認定を受けた者は、当該予防接種を再接種した日から起算して1年以内に、羽咋市骨髄移植等の治療後の任意予防接種費用助成金交付請求書（様式第3号）により、次に掲げる書類を添えて市長に請求するものとする。

- (1) 医療機関が発行した領収書（予防接種対象者が接種した対象予防接種の種類が記載されたものに限る。）
- (2) 母子健康手帳の写し又は予防接種証の写し
- (3) その他市長が必要と認める書類

(助成費の交付)

第8条 市長は前条の請求書を受理した場合は、その内容を審査し、適用と認めたときには、当該請求をした者が指定する口座に助成金を振り込むものとする。

(助成費の返還)

第9条 市長は、偽り或其他不正な手段により助成費の交付を受けた者がある場合は、当該助成費の全部又は一部を返還させることができるものとする。

(その他)

第10条 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。

附 則

この要綱は、令和3年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和7年7月1日から施行し、同日以後に行った再接種について適用する。

様式第 1 号（第 5 条関係）

羽咋市骨髓移植等の治療後の任意予防接種費用助成適用認定申請書

年 月 日

羽咋市長

標記の予防接種について、助成の適用を受けたいので、羽咋市骨髓移植等の治療後の任意予防接種費用助成金交付要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請します。

申請者	氏名	フリガナ		対象者との続柄	
	住所	〒 羽咋市		連絡先	
対象者	氏名	フリガナ		生年 月日	年 月 日 (歳 か月)
	住所	☐ 申請者と同じ			
再接種を 行う 予防接種	種類		回数		
予防接種 実施予定 医療機関	医療機関名： 所在地： 電話：				

添付書類

- ・ 主治医意見書
- ・ 母子健康手帳の写し

第 号
年 月 日

様

羽咋市長

羽咋市骨髓移植等の治療後の任意予防接種費用助成適用認定（不認定）通知書

年 月 日付けで申請のあった認定申請について、下記のとおり決定したので、羽咋市骨髓移植等の治療後の任意予防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。

記

☐ 認 定

対象者	氏名		生年 月日	年 月 日 (歳 か月)
	住所			
再接種を 行う 予防接種	種類		回数	

☐ 不認定
(理由)

様式第 3 号（第 7 条関係）

羽咋市骨髓移植等の治療後の任意予防接種費用助成金交付請求書

年 月 日

羽咋市長

住 所 羽咋市 町

対象者との続柄

申請者名 ()

電話番号

私は、羽咋市骨髓移植等の治療後の任意予防接種費用助成金交付要綱第 7 条の規定により、次のとおり助成金の交付を申請します。

請求額 円

1 対象者

氏名	フリガナ	生年 月日	年 月 日 (歳 か月)
住所	☐ 申請者と同じ		

2 振込口座

銀 行 信用金庫 農 協	本店 支店	フリガナ
		名義人
普通・当座	口座番号	年 月 日生

3 添付書類

- ・別紙 1 申請額内訳
- ・医療機関発行の領収書
- ・母子健康手帳の写し