大津市造血幹細胞移植後のワクチン再接種費用助成要綱

（目的）

第１条　この要綱は、造血幹細胞移植によって、その移植前に受けた予防接種により得た免疫が低下又は消失したため、医師の判断に基づき予防接種の再接種（以下「再接種」という。）を任意で受けた者に対し、当該再接種に要した費用（以下「再接種費用」という。）を助成することにより、再接種を受ける者の経済的負担の軽減を図るとともに、これらの者の保健の向上と福祉の増進を図ることを目的とする。

（定義）

第２条　この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

⑴　造血幹細胞移植　骨髄移植、末梢血幹細胞移植又は臍帯血移植をいう。

⑵　定期予防接種　予防接種法（昭和２３年法律第６８号。以下「法」という。）第２条第２項に規定するＡ類疾病（ロタウイルス感染症を除く。以下同じ。）に係る予防接種であって、予防接種実施規則（昭和３３年厚生省令第２７号）に定めるところにより定期に受けるものをいう。

（助成の対象となる再接種）

第３条　この要綱による再接種費用の助成の対象となる再接種は、造血幹細胞移植を受けた日以前に接種した定期予防接種により得られた免疫が低下し、又は消失したため、医師の判断に基づき行われた再接種とする。ただし、次の各号に掲げる疾病に係る再接種にあっては、当該各号に定める年齢に達する日までに受けるものに限る。

⑴　ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎及び破傷風（沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチンを使用する場合に限る。）　１５歳

⑵　結核　４歳

⑶　Ｈｉｂ感染症　１０ 歳

⑷　肺炎球菌感染症（小児に係るものに限る。）　６歳

（助成対象者）

第４条　この要綱による再接種費用の助成の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、次に掲げる要件のいずれにも該当する者とする。

⑴　再接種（前条に規定する助成の対象となる再接種をいう。以下同じ。）を受ける日において本市の区域内に住所を有する者又は当該者の保護者（法第２条第７項に規定する保護者をいう。）

⑵　造血幹細胞移植前に受けた定期予防接種が、予防接種実施規則に規定する接種回数及び接種間隔により行われており、母子健康手帳等によりその接種歴等が確認できる者

（助成金の額）

第５条　市長は、助成対象者が再接種費用を負担したときは、当該助成対象者に対して、別表に定める額を限度として費用を助成するものとする。

（助成対象認定の申請）

第６条　助成を受けようとする者は、再接種を受ける前に、大津市造血幹細胞移植後のワクチン再接種費用助成対象認定申請書（様式第１号）を市長に提出し、その認定を受けなければならない。

２　前項の申請書には、次に掲げる書類（市長が必要がないと認めたものを除く。）を添付しなければならない。

⑴　主治医の意見書（様式第２号）

⑵　母子健康手帳その他移植前の定期予防接種に係るワクチン接種歴等を確認することができる書類

（助成対象認定の審査）

第７条　市長は、前条の規定により提出された申請書及び添付書類を審査の上、適当と認めるときは大津市造血幹細胞移植後のワクチン再接種費用助成対象認定通知書（様式第３号）、不適当と認めるときは大津市造血幹細胞移植後のワクチン再接種費用助成対象認定申請棄却（却下）決定通知書（様式第４号）により当該申請を行った者に対して通知するものとする。

（助成の申請等）

第８条　助成を受けようとする者は、大津市造血幹細胞移植後のワクチン再接種費用助成金交付申請書兼請求書（様式第５号）に次の書類を添えて、市長に申請しなければならない。

⑴　接種した医療機関等の領収書（対象者名、予防接種名、接種費用及び医療機関名が記載されたもの）

⑵　定期予防接種の記録が記載されているもの（母子健康手帳の写し又は予診票の写し等）

⑶　振込先金融機関口座が確認できる書類の写し

⑷　その他市長が必要と認める書類

２　前項の申請は、再接種を受けた日から１年以内に行わなければならない。

３　市長は、再接種費用の助成を決定したときは、速やかに助成金を支払うものとし、再接種費用の助成決定の通知は助成金の支払をもってこれに代えるものとする。

４　市長は、再接種費用の助成をしないことと決定したときは、大津市造血幹細胞移植後のワクチン再接種費用助成金交付申請棄却（却下）決定通知書（様式第６号）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。

（助成金の返還）

第９条　市長は、申請書等の虚偽の記載その他の不正行為により再接種費用に係る助成金の交付を受けた者があるときは、その者から当該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１０条　この要綱に定めるもののほか、再接種費用の助成に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附　則

１　この要綱は、令和４年４月１日から施行し、同日以後に受けた再接種について適用する。

２　この要綱は、令和７年３月３１日限り、その効力を失う。

附　則

この要綱は、令和５年４月１日から施行し、同日以後に受けた再接種について適用する。

別表（第５条関係）

再接種費用助成上限額一覧

種類	上限額
四種混合	9,869 円
ポリオ	8,746 円
三種混合	4,609 円
二種混合	3,877 円
ＢＣＧ	8,514 円
麻しん風しん混合	9,669 円
麻しん単独	6,094 円
風しん単独	6,105 円
日本脳炎１期	6,589 円
日本脳炎２期	5,967 円
ヒブ	7,322 円
小児用肺炎球菌	10,675 円
子宮頸がん予防	15,592 円（組換え沈降九価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを使用する場合にあっては、27,450 円）
水痘	7,964 円
Ｂ型肝炎	5,553 円

様式第１号（第６条関係）

大津市造血幹細胞移植後のワクチン再接種費用助成対象認定申請書

年　　月　　日

（宛先）
　大津市長

造血幹細胞移植後のワクチン再接種費用助成について、大津市造血幹細胞移植後のワクチン再接種費用助成要綱第６条の規定により、次のとおり申請します。なお、当該予防接種について、必要な情報（疾病の状況等）があるときは、大津市がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び実施医療機関に提供することに同意します。

<table>
<tr><td>申請者氏名
（保護者等）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>連絡先</td><td>（　　）　　－</td><td>接種を受けようとする者との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">〒　　－</td></tr>
<tr><td>接種を受けようとする者の住所（住民票所在地）・氏名・生年月日</td><td colspan="3">住　所　大津市
氏　名
昭和・平成・令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>移植を受けた医療機関名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>接種予定の医療機関名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>添付文書チェック欄</td><td colspan="3">□主治医の意見書（様式２号）　□予防接種記録が確認できる書類の写し等</td></tr>
</table>

様式第２号（第６条関係）

主治医の意見書

（宛先）

大津市長

下記の者については、造血幹細胞移植により、移植前に接種した定期予防接種により得られた免疫が失われたため、再接種が必要であると判断しますので、大津市造血幹細胞移植後のワクチン再接種費用助成要綱第６条の規定により、意見書を提出します。

なお，再接種の必要性及び副反応については十分に説明しています。

記

接種を受けようとする者の住所･氏名生年月日	住　所　大津市 氏　名 昭和・平成・令和　　年　　月　　日
疾　病　名	
移植を受けた日	年　　月　　日
再接種が可能となった日	年　　月　　日
接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由	
再接種する予防接種 ※　○を付けてください。 ※　四種混合は１５歳、ＢＣＧは４歳、ヒブは１０歳、小児用肺炎球菌は６歳に達するまでの間が対象となります。	Ｂ型肝炎（１回目・２回目・３回目） ヒブ（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） 四種混合（１期初回１回目・２回目・３回目・１期追加） 三種混合（１期初回１回目・２回目・３回目・１期追加） 不活化ポリオ（１回目・２回目・３回目・追加）　　ＢＣＧ 麻しん・風しん（１期・２期） 日本脳炎（１期初回１回目・２回目・１期追加・２期） 二種混合（２期）　　水痘（１回目・２回目） 子宮頸がん予防（１回目・２回目・３回目） その他（　　）

上記のとおり、予防接種の実施について意見を提出します。

年　　月　　日

医療機関名

所　在　地

電 話 番 号

医師の署名又は記名押印

様式第３号（第６条関係）

大　　第　　号
年　　月　　日

様

大　津　市　長

大津市造血幹細胞移植後のワクチン再接種費用助成対象認定通知書

下記の者は、大津市造血幹細胞移植後のワクチン再接種費用助成要綱第４条に該当する者であると認め、同要綱第７条の規定により通知します。

予防接種の実施につきましては、主治医師や接種医師の診断の下、体調等に十分に留意して行ってください。

記

<table>
<tr><td rowspan="3">接種対象者</td><td>住　　所</td><td></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>生 年 月 日</td><td></td></tr>
<tr><td>費用助成の対象となる予防接種

※　四種混合は１５歳、ＢＣＧは４歳、ヒブは１０歳、小児用肺炎球菌は６歳に達するまでの間が対象となります。</td><td colspan="2">Ｂ型肝炎（１回目・２回目・３回目）
ヒブ（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）
四種混合（１期初回１回目・２回目・３回目・１期追加）
三種混合（１期初回１回目・２回目・３回目・１期追加）
不活化ポリオ（１回目・２回目・３回目・追加）　　ＢＣＧ
麻しん・風しん（１期・２期）
日本脳炎（１期初回１回目・２回目・１期追加・２期）
二種混合（２期）　　水痘（１回目・２回目）
子宮頸がん予防（１回目・２回目・３回目）
その他（　　）</td></tr>
</table>

※　接種スケジュール等については、接種医と相談してください。

（留意事項）

１　予防接種当日は、本認定通知書及び母子健康手帳を持参してください。

２　接種に要する費用は医療機関へお支払いいただいた後、受けた予防接種ごとに大津市へ払い戻し（償還払)の申請が必要です。

３　接種を受けた際に交付される予防接種済証又は予診票及び領収書は、助成金の申請に必要となりますので保管しておいてください。

（問合せ先）大津市保健所保健予防課
TEL:077-526-6306 / FAX:077-525-6161

様式第４号（第７条関係）

大　　第　　号
年　　月　　日

様

大　津　市　長　　印

大津市造血幹細胞移植後のワクチン再接種費用助成対象認定申請棄却（却下）決定通知書

年　　月　　日付けで申請のありました、ワクチン再接種費用助成対象認定申請について、下記のとおり棄却（却下）することと決定しましたので、大津市造血幹細胞移植後のワクチン再接種費用助成要綱第７条の規定により通知します。

記

【理由】

接種対象者（　　）

（問合せ先）大津市保健所保健予防課
TEL:077-526-6306 / FAX:077-525-6161

様式第５号（第８条関係）

大津市造血幹細胞移植後のワクチン再接種費用助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

（宛先）

大津市長

申請者　　住所

氏名　　㊞

（再接種を受ける者との続柄　　）

電話

申請額(請求額)　　円

被接種者氏名		生年月日	
被接種者住所	（申請者の住所と異なる場合）		
振込先	金融機関名／支店名	／	
	預金種別・口座番号	普通・当座　　№	
	（フリガナ） 口座名義人		

予防接種名	実施日	実施医療機関	支払料金	請求金額
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
			円	円
合計金額				円

（添付書類）

⑴　予防接種ごとの支払金額の分かるもの（領収書及び領収明細書）

⑵　予防接種の記録が確認できるもの（母子健康手帳の写し又は予診票の写し等）

⑶　振込口座が確認できるもの（振込先口座の通帳のコピー等）

※　振込先の口座名義人は、申請者と同一の者としてください。

※　各予防接種の請求金額は、接種費用助成上限額を超えないようにしてください。

※　指定口座への助成金の振込みをもって、助成金の交付決定の通知に代えます。

様式第６号（第８条関係）

大　　第　　号
年　　月　　日

様

大　津　市　長　　印

大津市造血幹細胞移植後のワクチン再接種費用助成金交付申請棄却（却下）決定通知書

年　　月　　日付けで申請のあった造血幹細胞移植後のワクチン再接種費用助成金について、次のとおり交付しないことと決定したので大津市造血幹細胞移植後のワクチン再接種費用助成要綱第８条第４項の規定により通知します。

記

【理由】

（被接種者　　）

（問合せ先）大津市保健所保健予防課
TEL:077-526-6306 / FAX:077-525-6161