

伊勢原市予防接種実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、伝染のおそれがある疾病の発生及びまん延を予防するために、予防接種法（昭和23年法律第68号。以下「法」という。）の規定に基づき実施する予防接種（以下「予防接種」という。）について必要な事項を定める。

(予防接種の種類)

第2条 予防接種の種類は、法第5条第1項の規定により行う予防接種（以下「定期接種」という。）及び法第6条第1項又は第3項の規定により神奈川県知事の指示により行う予防接種（以下「臨時接種」という。）とする。

(予防接種を行う疾病の範囲及び対象者)

第3条 予防接種を行う疾病の範囲は、法第2条第2項に規定するA類疾病（以下「A類疾病」という。）及び同条第3項に規定するB類疾病（以下「B類疾病」という。）とする。

2 対象者は、伊勢原市に住所を有する者で次の各号のいずれかに該当するものとする。

(1) A類疾病及びB類疾病に係る予防接種で予防接種法施行令（昭和23年政令第197号。以下「政令」という。）第1条の3第1項及び第2項に定める者

(2) 臨時接種の対象者に該当する者

(周知方法)

第4条 市長は、政令第6条の規定に基づき、予防接種について、個別通知又は広報等により周知するものとする。

(実施方法)

第5条 予防接種は、予防接種実施規則（昭和33年厚生省令第27号）、予防接種法第5条第1項の規定による予防接種の実施について（平成25年3月30日健発0330第2号厚生労働省健康局通知）別添「定期接種実施要領」（以下「要領」という。）、予防接種ガイドライン（公益財団法人予防接種リサーチセンター発行）及びインフルエンザ予防接種ガイドライン（公益財団法人予防接種リサーチセンター発行）に基づいて実施するものとし、個別予防接種又は集団予防接種の方式で行う。

2 個別予防接種は、市長の要請により協力する旨を承諾した医師が行うものとし、当該医師の所属する医療機関等（以下「協力医療機関」という。）で個別に実施するものとする。この場合において、定期接種は、予防接種の実施に協力する旨を承諾した医師で構成する団体及び個別に契約した医療機関に委託をする。

3 個別予防接種の実施期間は、次のとおりとする。

(1) A類疾病 4月1日から翌年3月31日まで

(2) B類疾病

ア インフルエンザ 10月1日から翌年1月末日まで

イ 肺炎球菌感染症（高齢者がかかるものに限る。） 4月1日から翌年3月31日まで

4 集団予防接種は、市長の要請により予防接種の実施に協力する旨を承諾した医師が、公民館等において集団に実施するものとする。

5 臨時接種の実施方法は、当該状況が発生した時に関係機関と協議の上決定するものとする。

（予防接種不相当者及び予防接種要注意者）

第6条 予防接種に適しない者は、予防接種法施行規則（昭和23年厚生省令第36号。以下「規則」という。）第2条に定める者とする。

2 予防接種に注意を要する者は、要領に定める者とする。

（協力医療機関の責務等）

第7条 協力医療機関は、予防接種後の急性な副反応等の発生に対応するために、要領に基づき必要な薬品及び器具等を備えておくものとする。

2 協力医療機関は、予防接種後の副反応等に関して医師が診察を行った場合において、法第12条第1項の規定に基づき予防接種後副反応報告書に必要事項を記入し、速やかに独立行政法人医薬品医療機器総合機構に提出するものとする。

3 協力医療機関は、結核の予防接種を実施した場合で、コッホ現象を診断したときは、要領の規定に基づきコッホ現象事例報告書に必要事項を記入し、市長に提出するものとする。

（予防接種健康被害への対応）

第8条 協力医療機関は、予防接種による健康被害を認めた場合、速やかに市長に連絡するものとする。

2 市長は、予防接種による健康被害が生じた場合、法第15条に基づき処理するものとする。

（接種料）

第9条 定期接種の料金は、神奈川県都市衛生行政協議会と神奈川県医師会との覚書等に基づき、協力医療機関と協議し定める。

（自己負担金の徴収）

第10条 市長は、B類疾病に係る定期接種の被接種者から当該予防接種の実費に相当する額の一部（以下「自己負担金」という。）を徴収するものとする。

2 B類疾病に係る定期接種の被接種者は、接種の際に自己負担金を協力医療機関に支払うものとする。

3 第1項に規定する自己負担金の額は、次のとおりとする。

(1) 政令第1条の3第1項の表に規定するインフルエンザ 1,600円

(2) 政令第1条の3第1項の表に規定する肺炎球菌感染症（高齢者がかかるものに限る。） 3,000円

（自己負担金の免除）

第11条 市長は、前条の規定に関わらず、法第28条ただし書の規定により、次の各号のいずれかに該当する被接種者については、自己負担金を免除する

ことができる。

- (1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定による被保護世帯に属する者
 - (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。以下「中国残留邦人支援法」という。）による支援給付を受けている世帯に属する者
 - (3) 申請の時点で把握できる最新の課税年度における市県民税が非課税の世帯に属する者
- 2 前項の規定により自己負担金の徴収免除を受けようとする者は、予防接種を受ける前に、伊勢原市B類疾病に係る予防接種自己負担金徴収免除申請書（第1号様式）を市長に提出しなければならない。
- 3 市長は、前項の申請があったときは、その内容を審査し、免除の承認をするときは、伊勢原市B類疾病に係る予防接種自己負担金徴収免除決定通知書（第2号様式）を申請者に交付し、承認をしないときは、伊勢原市B類疾病に係る予防接種自己負担金徴収免除不承認通知書（第3号様式）により申請者に通知する。

（区域外接種）

第12条 第3条第2項に定める対象者で次に掲げる理由により協力医療機関以外で予防接種を希望するもの（以下「区域外接種希望者」という。）又はその保護者（当該被接種者の親権を行う者又は現に養育している者をいう。）は、伊勢原市予防接種区域外接種申請書（第4号様式。以下「区域外申請書」という。）を市長に提出しなければならない。

- (1) 重篤な疾患等により協力医療機関以外に入院又は通院している者
 - (2) 市外に滞在し、治療のため入院している等、やむを得ない事情により協力医療機関で接種できない者
 - (3) 市外に滞在し、接種スケジュールの都合により、協力医療機関以外で予防接種をすることがやむを得ない者
 - (4) その他市長が認める者
- 2 市長は、前項の申請があったときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、区域外接種希望者の滞在先市区町村長又は予防接種を実施する医師に対し伊勢原市区域外予防接種依頼書（第5号様式。以下「区域外接種依頼書」という。）により依頼を行うとともに、必要に応じ、予防接種予診票を区域外接種希望者に交付するものとする。
- 3 区域外接種希望者は、第5条第3項に定める実施期間内に、医療機関に区域外接種依頼書及び予防接種予診票を提出の上、予防接種を受けるものとする。

（接種費用の補助）

第13条 区域外接種希望者のうち、予防接種に係る費用を実費で支払った者については、予算の範囲内で接種費用を補助するものとする。

(長期にわたり療養を必要とする疾病にかかった者に対する予防接種)

第14条 政令第1条の3第2項に該当し、定期接種を希望する者(以下「定期接種希望者」という。)又はその保護者(当該被接種者の親権を行う者又は現に養育している者をいう。)は、伊勢原市定期接種実施申請書(第6号様式)を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の申請があったときは、その内容を審査し、相当と認めるときは、予防接種を実施する医師に対し伊勢原市定期接種実施依頼書(第7号様式)により依頼を行うものとする。

3 定期接種希望者は、第5条第3項に定める実施の期間内に、医療機関に伊勢原市定期接種実施依頼書を提出の上、予防接種を受けるものとする。

(委任)

第15条 この要綱に定めるもののほか、予防接種の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則(平成26年4月30日告示第81号)

(施行期日)

1 この告示は、公表の日から施行し、平成26年4月1日から適用する。

(自己負担金の徴収の特例)

2 令和2年10月1日から令和3年1月31日までの間における第10条第3項第1号に規定する自己負担金の額は、同号の額にかかわらず、0円とする。

附 則(平成26年12月24日告示第146号)

この告示は、公表の日から施行し、平成26年10月1日から適用する。

附 則(平成27年3月31日告示第59号)

この告示は、公表の日から施行し、平成27年4月1日から適用する。

附 則(平成28年9月1日告示第143号)

この告示は、公表の日から施行し、平成28年10月1日から適用する。

附 則(平成28年11月2日告示第159号)

この告示は、公表の日から施行する。

附 則(平成31年3月29日告示第62号)

この告示は、平成31年4月1日から施行する。

附 則(令和2年5月26日告示第86号)

この告示は、令和2年10月1日から施行する。

附 則(令和2年9月24日告示第113号)

この告示は、令和2年10月1日から施行する。

伊勢原市B類疾病に係る予防接種自己負担金徴収免除申請書兼所得状況等確認同意書

年 月 日

伊勢原市長 殿

予防接種を受ける人の氏名を記入してください。

申請者(被接種者)

(代筆者) 続柄
氏名 ()

電話 ()

B類疾病に係る予防接種自己負担金の免除を受けたいので伊勢原市予防接種実施要綱第11条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

免除決定のため必要のあるときは、伊勢原市が私の世帯に係る市県民税の課税状況、生活保護状況又は中国残留邦人等支援法による支援給付状況を調査することに同意します。

ふりがな	
被接種者氏名	
生年月日	年 月 日生 (満 歳)
住 所	伊勢原市
電 話	()
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症（高齢者がかかるものに限る。）
免除理由	<input type="checkbox"/> 市県民税非課税世帯であるため。 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯であるため。 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援法による支援給付を受けている世帯であるため。
対象区分	<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60歳から64歳までの人で、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の障害を有する者として厚生労働省令に定めるもの。
接種予定医療機関	

個人番号記入欄

※1月2日以降に伊勢原市へ転入した場合のみ記入してください。(転入前の市区町村:)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

予防接種法第28条の実費の徴収の決定に関する事務について、伊勢原市長が地方税関係情報を取得することに同意します。なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

同意者 (被接種者)	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	
	電話番号	
同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者 と同世帯
	(転入前の市区町村)	
	電話番号	
同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者 と同世帯
	(転入前の市区町村)	
	電話番号	
同意者	被接種者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者 と同世帯
	(転入前の市区町村)	
	電話番号	

(記載要領)

- 1 同意者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
- 3 被接種者と同世帯の場合、住所の記入は省略してもよい。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。
- 5 同意者が1月2日以降に伊勢原市へ転入した場合のみ、転入前の市区町村を記入すること。

伊勢原市B類疾病に係る予防接種自己負担金徴収免除決定通知書

年 月 日

様

伊勢原市長



年 月 日付けで申請のありましたB類疾病に係る予防接種自己負担金徴収免除申請について、次のとおり決定しましたので伊勢原市予防接種実施要綱第11条の規定により通知します。

ふりがな	
被接種者氏名	
生年月日	年 月 日生（満 歳）
住 所	伊勢原市
電 話	（ ）
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症（高齢者がかかるものに限る。）
免除理由	<input type="checkbox"/> 市県民税非課税世帯であるため。 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯であるため。 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援法による支援給付を受けている世帯であるため。
対象区分	<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60歳から64歳までの人で、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の障害を有する者として厚生労働省令に定めるもの。

（事務担当は、 ）

※医療機関使用欄

実施年月日	年 月 日
対象区分	<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60歳から64歳までの人で、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の障害を有する者として厚生労働省令に定めるもの。
医療機関名	⑩

第3号様式（第11条関係）

伊勢原市B類疾病に係る予防接種自己負担金徴収免除不承認通知書

年 月 日

様

伊勢原市長



年 月 日付けで申請のありましたB類疾病に係る予防接種自己負担金徴収免除申請について、次のとおり決定しましたので伊勢原市予防接種実施要綱第11条の規定により通知します。

被接種者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	伊勢原市		
決 定 区 分	この申請を不承認とします。		
不承認の理由	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯ではないため <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯ではないため <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援法による支援給付を受けている世帯ではないため <input type="checkbox"/> その他（ ）		

(事務担当は、)

第4号様式（第12条関係）

伊勢原市予防接種区域外接種申請書

年 月 日

伊勢原市長 殿

申請者住所

氏名 被接種者との関係（ ）

連絡先

次のとおり予防接種を受けたいので、伊勢原市予防接種実施要綱第12条に基づき依頼書の発行について申請します。

被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな			生年	年 月 日
	氏名			月日	(満 歳 か月)
	住所	伊勢原市			
申請理由	<p>該当する番号に○を付し、その理由等を詳しく御記入ください。</p> <p>1 協力外医療機関(施設)に(通院中・入院中・入所中)のため ()内の該当するものに○印をつけてください。</p> <p>■ 医療機関(施設)名</p> <p>■ 所在地 受診科名 主治医名</p> <p>■ 病名</p> <p>2 その他</p> <p>■ 理由</p> <p>■ 接種希望医療機関名</p> <p>■ 所在地</p> <p>■ 電話番号</p>				
連絡先 (滞在先)	住所	〒			
	ふりがな			電話番号	()
氏名					
滞在期間	年 月 日から		年 月 日		
予防接種の種類	<p>ヒブ(1・2・3・追加) ・ 麻しん風しん混合(1期・2期)</p> <p>小児用肺炎球菌(1・2・3・追加) ・ BCG ・ 水痘(1・2)</p> <p>B型肝炎(1・2・3) ・ 日本脳炎(1・2・追加・2期)</p> <p>四種混合(1・2・3・追加) ・ 二種混合 ・ 子宮頸がん(1・2・3)</p> <p>三種混合(1・2・3・追加) ・ ポリオ(1・2・3・追加)</p> <p>ロタウイルス(1・2・3※) ・ 高齢者肺炎球菌</p> <p>※5価ワクチンのみ3回目を接種 ・ 高齢者インフルエンザ</p>				

伊勢原市区外予防接種依頼書

年 月 日

様

伊勢原市長



当市に住所を有する次の者が、定期予防接種を受けることを希望していますので、予防接種法に基づき実施して下さるようお願いいたします。

万一、予防接種に起因する健康被害が生じた場合は、当市において対応します。

また、被接種者に対する接種料金等がある場合は、被接種者から徴収して下さいますようお願いいたします。

なお、実施されました予防接種については、予診票の原本（市提出用）を保護者の方へ交付いただきますよう併せてお願いいたします。

予防接種の種類		
被接種者	住 所	
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）
	保 護 者	
滞 在 先	住 所	
	電話番号	
依頼理由		
備 考		
有効期限	年 月 日まで	

（事務担当は、 ）

伊勢原市定期接種実施申請書

年 月 日

伊勢原市長 殿

申請者 住所

氏名

被接種者との続柄（ ）

連絡先

（ ）

予防接種法施行令第1条の3第2項に該当し、定期接種を受けたいので、伊勢原市予防接種実施要綱第14条に基づき、次のとおり申請します。

なお、この申請の内容、今後の予防接種の計画等について伊勢原市が厚生労働省に報告することに同意します。

被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな		生年 月日	年	月	日
	氏名			(満 歳 か月)		
	住所	伊勢原市				
申請理由	定期の予防接種を受けられなかった理由として該当する番号に○をし、その理由等を詳しくご記入ください。					
	1 予防接種法施行規則第2条の4に規定するものにかかったことによりやむを得ず定期の予防接種を受けることができなかったため (疾病名) 2 臓器の移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたため (疾病名) 3 医学的知見に基づき1又は2に準ずるものにかかったことによりやむを得ず定期の予防接種を受けることができなかったため (疾病名)					
やむを得ず予防接種を受けることができなかったと医師が判断した理由						
予防接種を受けることができなかった期間		年 月 日から 年 月 日まで				
申請理由の疾病に対し治療を行った医療機関		医療機関名： 所在地： 診療科： 主治医：				
接種を希望する予防接種の種類 <small>該当するものに○をしてください。</small>		ヒブ(1・2・3・追加) ・ 麻しん風しん混合(1期・2期) 小児用肺炎球菌(1・2・3・追加) ・ BCG ・ 水痘(1・2) B型肝炎(1・2・3) ・ 日本脳炎(1・2・追加・2期) 四種混合(1・2・3・追加) ・ 二種混合 三種混合(1・2・3・追加) ・ ポリオ(1・2・3・追加) 子宮頸がん(1・2・3) ・ 高齢者肺炎球菌				
予防接種を受ける医療機関		医療機関： 所在地：				
今後の予防接種計画						

伊勢原市定期接種実施依頼書

年 月 日

様

伊勢原市長



次の者について、予防接種法施行令第1条の3第2項に該当するため、定期接種を実施していただきますようお願いいたします。

予防接種の種類・回数		
被接種者	ふりがな	
	氏名	
	住所	伊勢原市
	生年月日	年 月 日
予防接種を受けられなかった期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
定期の予防接種を受けられなかった理由	疾病名： 理由：	
有効期限	年 月 日まで	

備考

- (1) 有効期限を過ぎているものは無効です。
- (2) 住所等に変更があった場合は、予防接種を受ける前に担当まで御連絡ください。
- (3) 予防接種実施規則で定められた接種間隔を外れて接種した場合、有効期限内に接種したものであっても定期接種にはなりません。

(事務担当は、)