

# 伊勢原市骨髓移植等予防接種再接種事業補助金交付要綱

## (趣旨)

第1条 この要綱は、骨髓移植、化学療法等の医療行為（以下「骨髓移植等」という。）により当該骨髓移植等の前に受けた予防接種法（昭和23年法律第68号。以下「法」という。）に基づく定期の予防接種による免疫が低下又は消失した者が、任意で再度の予防接種（以下「再接種」という。）を受ける場合に伴う費用に対し、予算の範囲内においてその費用の一部又は全部に補助金を交付することについて、伊勢原市補助金等の交付規則（昭和55年伊勢原市規則第19号。以下「規則」という。）に規定するもののほか、必要な事項を定めるものとする。

## (補助の対象者)

第2条 補助の対象者は、再接種を受ける日において、市内に住所を有する者のうち、骨髓移植等により、法第2条第2項に規定するA類疾病に係るものにより得た免疫が低下又は消失したため、再接種が必要と医師に判断された者（以下「要再接種者」という。）又はその保護者（要再接種者の親権を行う者又は現に養育している者をいう。）とする。

## (補助の対象となる予防接種)

第3条 補助の対象となる予防接種（以下「補助対象予防接種」という。）は、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 法第2条第2項に規定するA類疾病に係るものであること。
- (2) 使用するワクチンが、予防接種実施規則（昭和33年厚生省令第27号）の規定に適合するワクチンであること。
- (3) 予防接種法施行規則（昭和23年厚生省令第36号）第2条の7の表の上欄に掲げる特定疾病に係る予防接種にあつてはそれぞれ同表の下欄に掲げる年齢に達するまで、それ以外の予防接種にあつては20歳に達するまでの間の接種であること。

## (補助金の額)

第4条 補助金の額は、補助対象予防接種にかかる費用とし、伊勢原市予防接種実施要綱（平成26年伊勢原市告示第81号）第9条に定める予防接種の接種料を限度とする。

## (予防接種の申請)

第5条 補助金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、要再接種者が補助対象予防接種を受ける前に伊勢原市骨髓移植等予防接種再接種実施依頼書交付申請書（第1号様式）に次に掲げる書類を添えて、市長に申請しなければならない。

- (1) 伊勢原市骨髓移植等予防接種再接種理由書（第2号様式）
- (2) 骨髓移植等が行われる前に補助対象予防接種を受けていたことを証する書類
- (3) その他市長が必要と認める書類

## (予防接種再接種実施依頼書の交付)

第6条 市長は、前条の規定による申請があつたときは、その内容を審査し、適当と認めたときは、予防接種再接種実施依頼書（第3号様式）を申請者に交付するものとする。

## (受診方法等)

第7条 申請者は、要再接種者が補助対象予防接種を受ける際に、当該補助対象予防接種を実施する医療機関（以下単に「医療機関」という。）に予防接種再接種実施依頼書を提出するものとする。

2 申請者は、補助対象予防接種に要する費用を医療機関に支払うものとする。

## (補助金の申請)

第8条 申請者は、要再接種者が補助対象予防接種のうち最終の接種の日から起算して6か

月以内に伊勢原市骨髓移植等予防接種再接種事業補助金申請書兼請求書（第４号様式）に次に掲げる書類を添えて、市長に申請しなければならない。

- (1) 当該補助対象予防接種の費用を支払ったことを証する書類
- (2) 予防接種予診票
- (3) 振込先口座番号及び口座名義人が記載された通帳の写し  
(交付決定)

第９条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、補助金の交付又は不交付を決定した上で、伊勢原市骨髓移植等予防接種再接種事業補助金交付（不交付）決定通知書（第５号様式）により申請者に通知するものとする。

(補助金交付)

第１０条 市長は、前条の規定による交付決定をした場合は、交付決定の日から３０日以内に補助金を交付するものとする。

(交付決定の取消し等)

第１１条 市長は、交付決定を受けた申請者が次の各号のいずれかに該当するときは、補助金の交付決定を取り消し、又は既に交付した補助金の全部若しくは一部を返還させることができる。

- (1) 偽りその他不正な手段により補助金の交付決定を受けたとき。
- (2) この要綱の規定に違反したとき。

(委任)

第１２条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の実施に関し必要な事項は市長が別に定める。

附 則（令和３年３月３０日告示第３７号）

この告示は、令和３年４月１日から施行する。

附 則（令和５年１０月４日告示第１３８号）

この告示は、公表の日から施行する。

## 伊勢原市骨髓移植等予防接種再接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

伊勢原市長 殿

申 請 者 住 所

氏 名

再接種者との関係（ ）

連絡先

別紙「伊勢原市骨髓移植等予防接種再接種理由書」に記載の理由により、次のとおり任意で予防接種の再接種を受けたいので、伊勢原市骨髓移植等予防接種再接種事業補助金交付要綱第5条に基づき予防接種再接種実施依頼書の発行について申請します。

再接種者 (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			
接種を実施する 医療機関	■医療機関名 _____ ■所在地 _____ ■電話番号 _____ ■受診科名 _____ ■主治医名 _____ ■病名 _____			
再接種を 申請する 予防接種	種 類		回 数	
	<input type="checkbox"/> ヒブ (Hib) 【上限年齢：10 歳未満】		【1 歳以上 1 回のみ】	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 【上限年齢： 6 歳未満】		【2 歳以上 1 回のみ】	
	<input type="checkbox"/> B 型肝炎			
	<input type="checkbox"/> 四種混合 (DPT-IPV) 【上限年齢：15 歳未満】			
	<input type="checkbox"/> 三種混合 (DPT)			
	<input type="checkbox"/> ポリオ (IPV)			
	<input type="checkbox"/> B C G 【上限年齢： 4 歳未満】			
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)			
	<input type="checkbox"/> 麻しん			
	<input type="checkbox"/> 風しん			
	<input type="checkbox"/> 水痘			
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎			
	<input type="checkbox"/> 二種混合 (DT)			
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん			

【添付書類】 この書類に次の書類を添付してください。

- (1) 伊勢原市骨髓移植等予防接種再接種理由書（第2号様式）
- (2) 骨髓移植等が行われる前に補助成対象予防接種を受けていたことを証する書類
- (3) その他市長が必要と認める書類

伊勢原市骨髄移植等予防接種再接種理由書

年 月 日

伊勢原市長 殿

次の者について、骨髄移植等の医療行為により接種済みの予防接種の効果が期待できなくなったため、  
予防接種の再接種が必要であると判断しますので、理由書を提出します。

再接種者 (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			
理 由				
再接種を 申請する 予防接種	種 類		回 数	
	<input type="checkbox"/> ヒブ (Hib) 【上限年齢：10 歳未満】		【1 歳以上 1 回のみ】	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 【上限年齢： 6 歳未 満】		【2 歳以上 1 回のみ】	
	<input type="checkbox"/> B 型肝炎			
	<input type="checkbox"/> 四種混合 (DPT-IPV) 【上限年齢：15 歳未満】			
	<input type="checkbox"/> 三種混合 (DPT)			
	<input type="checkbox"/> ポリオ (IPV)			
	<input type="checkbox"/> B C G 【上限年齢： 4 歳未 満】			
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)			
	<input type="checkbox"/> 麻しん			
	<input type="checkbox"/> 風しん			
	<input type="checkbox"/> 水痘			
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎			
	<input type="checkbox"/> 二種混合 (DT)			
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん			
	接種予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日		

所在地  
医療機関名  
医師署名

予防接種再接種実施依頼書

年 月 日

様

伊勢原市長



次の者について、骨髄移植等の医療行為により接種済みの予防接種の効果が期待できなくなったため、再接種を受けることを希望しているので、ご配慮くださいますようお願いいたします。

この予防接種により健康被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の補償対象となります。なお、副反応や予防接種における間違いが生じた際は下記担当までご連絡ください。

再接種者 (予防接種を受ける人)	氏 名		生年 月 日	年 月 日 (満 歳 か月)
	住 所			
保護者名				
依頼先	医療機関名 所在地 電話番号			
再接種を 申請する 予防接種	種 類		回 数	
	<input type="checkbox"/> ヒブ (Hib)			
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌			
	<input type="checkbox"/> B 型肝炎			
	<input type="checkbox"/> 四種混合 (DPT-IPV)			
	<input type="checkbox"/> 三種混合 (DPT)			
	<input type="checkbox"/> ポリオ (IPV)			
	<input type="checkbox"/> B C G			
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)			
	<input type="checkbox"/> 麻しん			
	<input type="checkbox"/> 風しん			
	<input type="checkbox"/> 水痘			
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎			
	<input type="checkbox"/> 二種混合 (DT)			
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん				
接種予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日			

予防接種費用は、本人より徴収してください。接種後、領収書及び予診票を本人にお渡しいただきますようお願いいたします。本実施依頼書は、貴医療機関で保存してください。

(事務担当は、 )

（表）

## 伊勢原市骨髓移植等予防接種再接種事業補助金申請書兼請求書

年 月 日

伊勢原市長 殿

申 請 者 住 所

氏 名

㊞

再接種者との関係（ ）

連絡先

伊勢原市骨髓移植等予防接種再接種事業補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、この申請に基づく補助金の交付にあたり必要な場合には、医療機関等に市が問い合わせること

に同意します。

再 接 種 者	ふりがな		生年 月 日	年 月 日 (満 歳 か月)
	氏 名			
		住 所		
接 種 医 療 機 関	医療機関名 所 在 地			
受 取 方 法	<input type="checkbox"/> 口座払い <input type="checkbox"/> 窓口払い			
請 求 額	円			

※請求額は裏面内訳書の申請額の合計から転記してください。

## 【振込先口座】

※申請者名義の口座を記入してください。申請者名義以外の口座には振込できません。

金融機関名	銀行・信用組合 金庫・農協	店 名	本店・支店 支所・営業所
預 金 種 類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	ふりがな	
口 座 番 号		口 座 名 義 人	

【添付書類】 この申請書に次の書類を添付してください。

- (1) 予防接種の費用を支払ったことを証する書類（原本）
- (2) 予防接種予診票
- (3) 振込先口座番号及び口座名義人が記載された通帳の写し

（裏面あり）

(裏)

## 内訳書

予防接種の 種 類	接種費用[A] 領収書の金額	補助金の上限			申請額 [A]と[B]の少ない方
		接種日時点の 年齢又は区分	単価	補助限度額[B]	
ヒブ (Hib)	= 円 × 回 円	3 歳未満	円	= 円 × 回 円	円
		3 歳以上 6 歳未満	円		
		6 歳以上 10 歳未満	円		
小児用 肺炎球菌	= 円 × 回 円	3 歳未満	円	= 円 × 回 円	円
		3 歳以上 6 歳未満	円		
B 型肝炎	= 円 × 回 円	3 歳未満	円	= 円 × 回 円	円
		3 歳以上 6 歳未満	円		
		6 歳以上	円		
四種混合 (DPT－IPV)	= 円 × 回 円	3 歳未満	円	= 円 × 回 円	円
		3 歳以上 6 歳未満	円		
		6 歳以上 15 歳未満	円		
ポリオ (IPV)	= 円 × 回 円	3 歳未満	円	= 円 × 回 円	円
		3 歳以上 6 歳未満	円		
		6 歳以上	円		
B C G	円	3 歳未満	円	円	円
		3 歳以上 4 歳未満	円		
麻しん風しん 混合 (MR)	= 円 × 回 円	1 歳以上 5 歳未満	円	= 円 × 回 円	円
		5 歳以上 7 歳未満	円		
		7 歳以上	円		
麻しん	= 円 × 回 円	1 歳以上 5 歳未満	円	= 円 × 回 円	円
		5 歳以上 7 歳未満	円		
		7 歳以上	円		
風しん	= 円 × 回 円	1 歳以上 5 歳未満	円	= 円 × 回 円	円
		5 歳以上 7 歳未満	円		
		7 歳以上	円		
水痘	= 円 × 回 円	1 歳以上 3 歳未満	円	= 円 × 回 円	円
		3 歳以上 6 歳未満	円		
		6 歳以上	円		
日本脳炎	= 円 × 回 円	3 歳未満	円	= 円 × 回 円	円
		3 歳以上 6 歳未満	円		
		6 歳以上	円		
二種混合 (DT)	円	1 1 歳以上	円	円	円
子宮頸がん (2 価・4 価)	= 円 × 回 円	小学校 6 年生以上	円	= 円 × 回 円	円
子宮頸がん (9 価)	= 円 × 回 円	小学校 6 年生以上	円	= 円 × 回 円	円
				合 計	円

## 伊勢原市骨髓移植等予防接種再接種事業補助金交付（不交付）決定通知書

伊勢原市指令（ ）第 号  
年 月 日

様

伊勢原市長



年 月 日付けで申請のありました伊勢原市骨髓移植等予防接種再接種事業補助金については、次のとおり決定しましたので伊勢原市補助金等の交付規則第6条の規定に基づいて通知します。

再接種者 氏 名			生年月日		
住 所					
交 付	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない		不交付の理由		
補助金額	円				
内 訳	予防接種の種類・回数		金額	予防接種の種類・回数	
振込先	金融機関名			支店名	
	種 類			口座番号	
	振込予定日				

※金額は、伊勢原市の接種料から計算しています。

## 【備考】

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して、3か月以内に市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）、提起することができます（なお、処分を知った日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

（事務担当は、 ）