

伊勢原市予防接種費用補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、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。以下「実施要綱」という。）に基づき実施する予防接種の対象者のうち、実施要綱第5条第2項に定める協力医療機関で予防接種を受けることのできない者に対し、予算の範囲においてその費用の一部又は全部に伊勢原市予防接種費用補助金を交付することについて、伊勢原市補助金等の補助規則（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。

(補助対象)

第2条 補助の対象とする予防接種の種類は、実施要綱第2条に定める予防接種とし、補助の対象とする者（以下「補助対象者」という。）は、実施要綱第12条第2項に規定する依頼書の発行を認められた者とする。

2 補助金の交付を受けることができる者は、補助対象者又はその保護者（当該補助対象者の親権を行う者又は現に養育している者をいう。）および、補助対象者の3親等内の血族および姻族とする。

(補助金の額等)

第3条 予防接種法（昭和23年法律第68号。この条において「法」という。）第2条第2項に規定するA類疾病の予防接種の補助金の額は、実施要綱第9条に定める予防接種の接種料（以下「補助限度額」という。）を限度とする。

2 法第2条第3項に規定するB類疾病の予防接種の補助金の額は、次のとおりとする。

- (1) 補助対象者の協力医療機関へ支払った接種費用が補助限度額を超えるときは、補助限度額から実施要綱第10条第3項に定める自己負担金（以下「自己負担金」という。）を控除して得た額とする。
- (2) 補助対象者の支払金額が補助限度額を超えないときは、医療機関に支払った金額から自己負担金を控除して得た額とする。
- (3) 前項の規定にかかわらず、市長は、B類疾病の予防接種を受けようとする者が、実施要綱第11条に基づく対象者の場合は、自己負担金を免除することができる。

(交付の申請及び請求)

第4条 補助対象者で補助金の交付を申請する者（以下「申請者」という。）は、申請する予防接種のうち、最終の接種の日から起算して6か月以内に、伊勢原市予防接種費用補助金交付申請書兼請求書（第1号様式）に次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

- (1) 予防接種に係る料金を支払ったことを証する書類（原本又は写し）
- (2) 予防接種の記録が記載された母子健康手帳の写し又は予防接種済証の写し
- (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

(4) 予診票（市提出用）

（交付の決定）

第5条 市長は、前条の申請があり、審査等の結果補助金を交付すべきものと決定したときは、伊勢原市予防接種費用補助金交付決定通知書（第2号様式）により通知するものとし、承認しないときは伊勢原市予防接種費用補助金不交付決定通知書（第3号様式）により申請者に通知するものとする。

（補助金の交付）

第6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。

（交付の取消し）

第7条 市長は、申請者又はその保護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消し、既に交付した補助金の全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8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（平成26年4月30日告示第82号）

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。

附 則（平成27年3月31日告示第58号）

この告示は、平成27年4月1日から施行する。

附 則（平成28年9月1日告示第144号）

この告示は、平成28年10月1日から施行する。

附 則（平成29年12月7日告示第141号）

この告示は、公表の日から施行する。

附 則（令和2年6月4日告示第87号）

この告示は、令和2年10月1日から施行する。

附 則（令和4年3月31日告示第44号）

この告示は、令和4年4月1日から施行する。

附 則（令和5年3月17日告示第20号）

この告示は、令和5年4月1日から施行する。

附 則（令和5年3月17日告示第20号）

この告示は、令和5年4月1日から施行する。

附 則（令和6年3月29日告示第54号）

この告示は、令和6年4月1日から施行する。

附 則（令和6年8月21日告示第112号）

この告示は、令和6年9月1日から施行する。

附 則（令和7年3月31日告示第79号）

この告示は、令和7年4月1日から施行する。

附 則（令和7年8月21日告示第159号）
この告示は、令和7年9月1日から施行する。

第1号様式（第4条関係）

(表)

伊勢原市予防接種費用補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

伊勢原市長 殿

申請者

印

※ 未成年者(既婚者を除く)は保護者名を記入してください

住所 伊勢原市

電話 ()

(代筆者)

続柄

氏名 ()

住所

電話 ()

伊勢原市予防接種費用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、接種医療機関等に市が問い合わせることに同意します。

被接種者氏名			
生年月日	年	月	日
住所	伊勢原市		
申請理由			
接種医療機関	(所在：)		
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】

金融機関名		店名	本店 支店	種類	普通・当座
口座番号		(フリガナ) 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) 予防接種に係る料金を支払ったことを証する書類 (原本又は写し)
- (2) 予防接種の記録が記載された母子健康手帳の写し又は予防接種済証の写し
- (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
- (4) 予診票(市提出用)

(裏面あり)

内訳書

(裏)

(1) A類疾病

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5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5歳未満	円		
B型肝炎	円×回 ＝ 円	1歳未満	円	円×回 ＝ 円	円
五種混合 (DPT-IPV-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	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	円		
ロタウイルス (1価・ロタリックス®)	円×回 ＝ 円	24週0日後以前	円	円×回 ＝ 円	円
ロタウイルス (5価・ロタデック®)	円×回 ＝ 円	32週0日後以前	円	円×回 ＝ 円	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		
BCG	円	1歳未満	円	円	円
麻しん風しん 混合 (MR)	円	1期	円	円	円
		2期	円		
麻しん	円	1期	円	円	円
		2期	円		
風しん	円	1期	円	円	円
		2期	円		
水痘	円×回 ＝ 円	1歳以上3歳未満	円	円×回 ＝ 円	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	11歳以上 13歳未満	円	円	円
子宮頸がん (2価・4価)	円×回 ＝ 円	小学校6年生から 平成9年4月2日生まで	円	円×回 ＝ 円	円
子宮頸がん (9価)	円×回 ＝ 円	小学校6年生から 平成9年4月2日生まで	円	円×回 ＝ 円	円
				合計	円

(2) B類疾病

予防接種の種類	接種費用[A] 領収書の金額	補助限度額[B] 補助金の上限	自己負担額[C] ※	申請額 [A]と[B]の少ない方か ら[C]を引く
高齢者インフルエンザ	円	円	円	円
新型コロナウイルス	円	円	円	円
高齢者肺炎球菌	円	円	円	円
帯状疱疹（生ワクチン）	円	円	円	円
帯状疱疹（不活化）	円×回 ＝円	円×回 ＝円	円×回 ＝円	円
			合計	円

※自己負担額は接種前に免除決定通知書を市から交付している人は無料です。その他は、高齢者インフルエンザ1,600円、新型コロナワイルス5,000円、高齢者肺炎球菌3,000円、帯状疱疹(生ワクチン)2,700円、帯状疱疹(不活化)7,000円になります。

第2号様式（第5条関係）

伊勢原市指令（ ）第 号
年 月 日

伊勢原市予防接種費用補助金交付決定通知書

様

伊勢原市長

印

年 月 日付けで申請のありました伊勢原市予防接種費用補助金については、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。

被接種者 氏 名			生年月日				
住 所	伊勢原市						
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	金額		
振 込 先	金融機関名			支店名			
	種類	普通・当座	口座番号				
	(フリガナ) 口座名義人						
	振込み予定日						

※金額は、伊勢原市の接種料から計算しています。

（事務担当は ）

第3号様式（第5条関係）

伊勢原市指令（ ）第 号
年 月 日

伊勢原市予防接種費用補助金不交付決定通知書

様

伊勢原市長

印

年 月 日付けで申請のありました予防接種費用還付申請については、次のとおり決定しましたので伊勢原市予防接種補助金交付要綱第6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	この申請を不交付と決定します。		
不交付の理由			

【備考】

この処分に不服がある場合は、この処分を知った日の翌日から起算して60日以内に市長に対して異議申立てをすることができます。ただし、処分を知った日から60日以内であっても、処分の日から1年を経過すると異議申立てをすることができなくなります。

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から起算して6か月以内に、市を被告として提起することができます。ただし、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。また、異議申立てをした場合、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する処分の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければなりません。

（事務担当は ）