

函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、造血幹細胞移植等の医療行為により、移植前に接種した予防接種法（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（以下「定期予防接種」という。）の予防効果が期待できないと医師に判断され、医師が任意での接種が必要であると認められた第4条に規定する予防接種（以下「再接種」という。）を行う者に対する当該接種費用の助成について、必要な事項を定めるものとする。

(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、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 被接種者 造血幹細胞移植等の医療行為により、移植前に接種した定期予防接種の予防効果が期待できないと医師に判断され、再接種が必要と医師が認めた者
- (2) 保護者 被接種者の保護者（親権を行う者、後見人またはその他の者で現に被接種者を養育していると認められる者）

(助成の対象者)

第3条 助成の対象者は、再接種を受ける日において市内に住所を有し、次に掲げる要件をすべて満たす者の保護者とする。

- (1) 造血幹細胞移植等の医療行為により、既に接種した定期予防接種の予防効果が期待できないと医師に判断され、再接種が必要と医師が認めた者
- (2) 再接種を受ける日において20歳未満の者。ただし、予防接種法施行規則（昭和23年厚生省令第36号。以下「施行規則」という。）第2条の7に規定する表の上欄に掲げる特定疾病に係る再接種を受ける者にあつては、それぞれ同表の下欄に掲げる年齢に達するまでの者。

(対象となる予防接種)

第4条 本要綱による助成の対象となるワクチンは、次に掲げる要件にすべて該当しなければならない。

- (1) 法第2条第2項で定められた疾病にかかる予防接種であること
- (2) 予防接種法実施規則（昭和33年厚生省令第27号。以下「実施規則」という。）の規定によるワクチンであること
- (3) 法、実施規則および施行規則の規定に基づき実施された予防接種の効果が、造血幹細胞移植等の医療行為により期待できないと医師に判断され、再接種が必要と医師が認める予防接種であること

（助成する金額）

第5条 助成金の額は、各接種ごとに、再接種を受けた年度の市における予防接種業務委託料単価（消費税および地方消費税を含む。）と助成対象者が再接種に要した費用のいずれか低い額とする。

（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、「函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用助成対象認定申請書」（別記第1号様式）に次の書類を添付して市長に申請するものとする。

- (1) 「函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用助成に関する医師意見書」（別記第2号様式）
- (2) 母子健康手帳等、定期予防接種の接種歴が確認できる書類の写し
- (3) その他市長が必要と認める書類

（助成対象認定等）

第7条 市長は、前条の申請があったときには、その内容を審査のうえ、認定が適当と認めたときは「函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用助成対象認定通知書」（別記第3号様式）により、また、認定が不適当と認めたときは、「函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用助成対象不認定通知書」（別記第4号様式）により、申請者に通知するものとする。

（接種の実施）

第8条 前条による認定を受けた者は、医療機関において再接種を受け、その接種に要した費用を助成対象者が当該医療機関に支払うものとする。

（助成金の支給申請）

第9条 前条の規定により再接種を受けた場合は、助成対象者が「函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用助成金交付申請書」（別記第5号様式）に次の書類を添えて、認定した再接種を最後に受けた日から起算して1年以内に市長に申請するものとする。

(1) 再接種に要した費用の領収書等（接種対象者の氏名、接種したワクチン、接種医療機関名、接種年月日が記載されているもの）

(2) 予防接種済証等、再接種を受けたことが確認できる書類の写し

(3) その他市長が必要と認める書類

（助成金の交付決定）

第10条 市長は、助成対象者から前条の規定による交付申請があったときは、内容を審査し、助成が適当と認めたときは「函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用助成金交付決定通知書」（別記第6号様式）により、また、助成が不適当と認めたときは「函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用助成金不交付決定通知書」（別記第7号様式）により、助成対象者に通知するものとする。

（不当利得の返還）

第11条 市長は、虚偽の申請その他不正の行為等により助成を受けた者に対し、当該助成をすることとした決定の全部または一部を取り消し、助成した額の返還を命ずることができる。

（その他）

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

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用助成 対象認定申請書

年 月 日

函館市長 様

住 所 函館市
申請者 氏 名
電話番号

再接種費用助成の対象認定を受けたいので、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、函館市が関係医療機関に情報を問い合わせることおよび実施医療機関に提供することに同意します。

被接種者	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日生	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ	
再接種を必要とする 予防接種	種類および 回数	※複数回接種を行う場合は回数も記載	
	接種予定時期	※上記の中で最初に接種予定の予防接種の時期	
接種医療機関	名 称		
	所 在 地	電話番号	

【添付書類】

- 1 函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用助成に係る医師意見書（別記第2号様式）
- 2 母子健康手帳等、定期予防接種の接種歴が確認できる書類の写し

このほか、必要に応じ、追加の書類の提出を求めることがあります。

函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用助成
に関する医師意見書

年 月 日

函館市長 様

造血幹細胞移植等の医療行為により、次のとおり、既に接種を受けた定期予防接種の効果が期待できないと判断し、再接種を必要とします。なお、再接種の必要性および副反応等について十分説明しています。

被 接 種 者	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日生
	住 所	
再接種を必要とする 予防接種および回数		
接種を受けた定期接種 の効果が期待できな いと判断する理由		(疾病名)
		(理由) <input type="checkbox"/> 造血幹細胞移植手術(時期： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 免疫抑制療法(時期： 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他()
医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	電話番号
	医 師 名	

函 子 母
年 月 日

様

函館市長

函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用助成
対象認定通知書

年 月 日付けで申請のあった函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用助成対象認定について、次のとおり函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用助成事業実施要綱第7条の規定により通知します。

被接種者	氏名	
	住所	
	生年月日	年 月 日（ 歳 月）
再接種する予防接種		
接種医療機関	名称	
	所在地	

（備考）

- 1 医療機関において、認定された再接種を受け、当該接種費用を医療機関に支払ってください。
- 2 認定された再接種を最後に受けた日から起算して1年以内に次の書類を添付のうえ、「函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用助成金交付申請書」を提出してください。
 - （1）再接種に要した費用の領収書等（被接種者の氏名、接種したワクチン、接種医療機関名、接種年月日が記載されているもの）
 - （2）医療機関が発行する予防接種済証等、再接種を受けたことが確認できる書類の写し

子ども未来部母子保健課
Tel 0138-32-1533
Fax 0138-32-1506

函 子 母
年 月 日

様

函館市長

函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用助成
対象不認定通知書

年 月 日付けで申請のあった函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用助成対象認定について、次の理由により不認定としたので、函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用助成事業実施要綱第7条の規定により通知します。

記

不認定の理由

この処分について不服があるときは、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か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（処分があったことを知った日の翌日から起算して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、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する決定があったことを知っ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。

子ども未来部母子保健課
Tel 0138-32-1533
Fax 0138-32-1506

函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用 助成金交付申請書

年 月 日

函館市長 様

再接種費用に係る助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、必要があるときは下記事項について、函館市から、再接種を実施した医療機関に確認を行うことに同意します。

申請者	フリガナ		被接種者との 続柄	
	氏名			
	現住所	〒 ー		
	電話番号			

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ		生 年 月 日	年 月 日
	氏名				
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ	〒 ー		

予防接種名	接種年月日	接種費用 (自己負担分)	交付決定額 <small>※母子保健課記入欄</small>
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
申請額 金			円

振込先金融機関の名称および口座番号等				
振込先銀行等の名称		口座種別・番号		口座名義人
銀行	本店	普通 当座	フリガナ	
金庫	支店			
	出張所			

注：申請者と口座名義人は、同一人であること。諸事情により申請者以外の口座への振り込みを希望される場合には、裏面の「委任状」に御記入ください。

受 付 印

《裏面に続きます》

委任状

私（委任者）は、次の者（受任者）に函館市から交付される再接種費用助成金の受領にかかる権限を委任します。

委任者	氏名	印	受任者	住所
				氏名

【提出書類】

- 再接種に要した費用の領収書等（被接種者の氏名，接種したワクチン，接種医療機関名，接種年月日がおよび明細書，支払証明書等） ※原本に限ります
- 医療機関が発行する予防接種済証等，再接種を受けたことが確認できる書類の写し

このほか，必要に応じ，追加の書類の提出を求めることがあります。

函・子・母
年 月 日

様

函館市長

函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用助成金 交付決定通知書

年 月 日付で申請のあった助成金交付について、次のとおり決定したので、函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用助成事業実施要綱第10条の規定により通知します。

記

- 1 対象となる費用および助成する額は、次のとおりです。

予防接種の種類	対象となる費用	助成金額
計	円	円

- 2 虚偽の申請その他不正な行為があった場合は、この決定の全部または一部を取り消し、当該取消しに関し既に償還払した金額があるときは、その返還を命ずることがあります。
- 3 償還払した金額の返還を命ぜられ、これを期日までに納付しなかったときは、納付期限の翌日から納付の日までの日数に応じ、その未納付額（その一部を納付した場合におけるその後の期間については、その納付金額を控除した額）につき年10.95パーセントの割合で計算した違約遅滞金を市に納付しなければなりません。

（ 子ども未来部母子保健課
Tel 0138-32-1533
Fax 0138-32-1506 ）

函 子 母
年 月 日

様

函館市長

函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用助成金 不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった助成金交付について、次の理由により不交付とすることを決定したので、函館市医療行為による免疫喪失者への再接種費用助成事業実施要綱第10条の規定により通知します。

理由

この処分について不服があるときは、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か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（処分があったことを知った日の翌日から起算して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、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する決定があったことを知っ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。

子ども未来部母子保健課
Tel 0138-32-1533
Fax 0138-32-1506