函館市予防接種費の償還払に関する要綱

（目的）

第１条　この要綱は，予防接種法（昭和２３年法律第６８号）第５条第１項の規定に基づく定期の予防接種のうち，Ｂ類疾病を除くもの（以下「定期接種」という。）の対象者で市内に住所を有する者が，やむを得ない事情により，他市区町村において予防接種を受けた際の費用に係る償還払について必要な事項を定めることを目的とする。

（対象者）

第２条　償還払の対象者は，第４条第２項の予防接種実施依頼書（以下「依頼書」という。）を交付され，他市区町村で予防接種を受けた者の保護者（親権を行う者，後見人またはこれに準ずる者で現に予防接種対象者を養育しているものをいう。）とする。ただし，第５条の申請を行おうとする時点において，当該予防接種を受けた者が１８歳以上である場合，償還払の対象となり得るものとする。

（対象となる費用）

第３条　償還払の対象となるものは，市が実施している定期接種の実施，および予診において異常が認められた等の理由により接種が実施されなかった場合の予診の実施に係る費用とする。

（依頼書の交付）

第４条　依頼書の交付を受けようとする者は，予防接種実施依頼書交付申請書（別記第１号様式）により申請するものとする。

２　市長は，前項の申請があったときは，その内容を審査し，適正と認めたときは依頼書（別記第２号様式）を交付するものとする。

３　依頼書の依頼期間は，原則最大６か月とする。

（償還払）

第５条　償還払を受けようとする者は，前条第３項に規定する依頼期間が満了した日の翌日から起算して２年以内に，予防接種費償還払申請書（別記第３号様式）に当該予防接種に係る実施機関または医療機関の領収書を添えて申請するものとする。

２　市長は，前項の申請があったときは，その内容を審査し，償還払することと決定したときは，予防接種費償還払決定通知書（別記第４号様式）により，償還払しないことと決定したときは，予防接種費償還払却下決定通知書（別記第５号様式）により，前項の申請をした者（以下「申請者」という。）に通知するものとする。

（償還払の額）

第６条　償還払の額は，第３条に規定する費用について，予防接種の種類ごとに，申請者が実施機関または医療機関において負担した額と予防接種業務委託契約書第５条（以下「委託料条文」という。）で規定する委託料の額

のいずれか低い方の額とする。ただし，ＢＣＧについては，令和４年３月３１日以前に実施した接種に限り，当該負担した額と，委託料条文中「第３条第２項の」を「市が締結した単価契約の基づく」に読み替えて算出された額（以下「委託料相当額」という。）のいずれか低い方の額とする。

２　前項の委託料条文で規定する委託料または委託料相当額の額は，接種を実施した日の属する年度における委託契約の委託料または委託料相当額を適用する。

（不当利得の返還）

第７条　市長は，虚偽の申請その他不正の行為等により償還払を受けた者に対し，当該償還払をすることとした決定の全部または一部を取り消し，償還払した額の返還を命ずることができる。

（その他）

第８条　この要綱に定めるもののほか，必要な事項は別に定めるものとする。

附　則

（施行期日）

１　この要綱は，平成２１年４月１日から施行する。

（適用区分）

２　この要綱の規定は，平成２１年４月１日以後に実施した予防接種について適用する。

附　則

この要綱は，平成２２年６月２８日から施行する。

附　則

この要綱は，平成２３年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成２４年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成２４年９月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成２４年１１月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成２５年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成２６年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成２７年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は，平成２８年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は，令和４年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は，令和７年４月１日から施行する。

（別記第１号様式）

予防接種実施依頼書交付申請書

年　　月　　日

函館市長　様

住所 函館市

申請者 氏名

被接種者との関係

函館市が実施する予防接種を受けることができないので，次のとおり予防接種実施依頼書の交付を申請します。

<table>
<tr><td rowspan="3">被接種者</td><td>住　所</td><td colspan="3">函館市</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td rowspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td>性別</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td colspan="2">保護者氏名</td><td></td><td>電話</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">依頼する市区町村</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">依頼する予防接種</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">依頼期間</td><td colspan="3">年　　月　　日　から　　年　　月　　日まで</td></tr>
<tr><td colspan="2">依頼する理由</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">滞在先住所</td><td colspan="3">〒　　－
方</td></tr>
<tr><td colspan="2">連絡者氏名</td><td></td><td>電話</td><td></td></tr>
</table>

（別記第２号様式）

函　子　母
年　　月　　日

様

函館市長

予 防 接 種 実 施 依 頼 書

次の者については，函館市が実施する予防接種を受けることができないため，貴市(区町村)において予防接種を実施していただきますようお願いいたします。

なお，当該予防接種に起因する健康被害が生じた場合は，当市が責任を持って処理いたします。また，接種料金を徴収される場合は，被接種者から徴収願います。

被接種者	住　所	函館市		
	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	氏　名		性別	男　・　女
保護者氏名			電話	
依頼する予防接種				
依頼期間	年　　月　　日　から　　年　　月　　日まで			
依頼する理由				
滞在先住所	〒　　－ 方			
連絡者氏名			電話	

接種実施後は，予診票の写しを御返送くださるようお願いいたします。

《返送先》　〒040－0001　北海道函館市五稜郭町 23－1
函館市子ども未来部母子保健課
℡ 0138－32－1533　Fax 0138-32-1506

（別記第３号様式）

予防接種費償還払申請書

年　　月　　日

函館市長　　様

住所　函館市

申請者　氏名

被接種者との関係

予防接種費の償還払を受けたいので，次のとおり申請します。

被接種者	住　所	〒　　－ 函館市		
	フリガナ 氏　名		生年月日	年　　月　　日
			性別	男　・　女
保護者氏名			電話	
滞在先住所				

予防接種の種類	接種年月日	接種費用（自己負担分）	償還払決定額 ※母子保健課記入欄
	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
	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		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 金庫　支店 出張所	普通 当座	フリガナ

添付書類：この申請に係る予防接種費用の領収書（医療機関等のものに限る。）

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

委　任　状

私（委任者）は，次の者（受任者）に函館市から支払われる予防接種費の受領にかかる権限を委任します。

<table>
<tr><td rowspan="2">委任者</td><td rowspan="2">氏名　　印</td><td rowspan="2">受任者</td><td>住所</td></tr>
<tr><td>氏名</td></tr>
</table>

（別記第４号様式）

函　子　母
年　　月　　日

様

函館市長

予防接種費償還払決定通知書

年　　月　　日付けで申請のあった予防接種費の償還払について，次のとおり決定したので，函館市予防接種費の償還払に関する要綱第５条第２項の規定により通知します。

記

１　対象となる経費および償還払する額は，次のとおりです。

予防接種の種類	対象となる経費	償還払する額
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１０．９６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

（別記第５号様式）

函　子　母
年　　月　　日

様

函館市長

予防接種費償還払却下決定通知書

年　　月　　日付けで申請のあった予防接種費の償還払について，次の理由により却下することと決定したので通知します。

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

＜ 参 考 ＞

令和７年度における要綱第６条第１項に規定する償還払の額

１　予防接種を実施した場合　（１人１回につき）	
予防接種の種類と使用するワクチン	上 限 額
Ｂ型肝炎	
Ｂ型肝炎ワクチン	７，１８７円
ジフテリア，百日せき，急性灰白髄炎および破傷風（第１期）	
五種混合ワクチン（ＤＰＴ―ＩＰＶ―Ｈｉｂ）	２０，９１６円
四種混合ワクチン（ＤＰＴ－ＩＰＶ）	１２，０７８円
三種混合ワクチン（ＤＰＴ）	６，４７９円
二種混合ワクチン（ＤＴ）	６，２４８円
不活化ポリオワクチン（ＩＰＶ）	１０，８１３円
ジフテリアおよび破傷風（第２期）	
二種混合ワクチン（ＤＴ）	５，４２３円
麻しんまたは風しん	
麻しん風しん混合ワクチン	１１，４７３円
麻しんワクチン	７，８８１円
風しんワクチン	７，８８１円
日本脳炎	
日本脳炎ワクチン（７歳６か月未満）	８，３９３円
日本脳炎ワクチン（９歳以上）	７，５６８円
Ｈｉｂ感染症	
ヒブワクチン	９，００３円
小児の肺炎球菌感染症	
小児用肺炎球菌ワクチン	１１，４８０円
ロタウイルス感染症	
ロタリックス	１５，０４８円
ロタテック	１０，０２１円
ヒトパピローマウイルス感染症	
子宮頸がん予防ワクチン（２価・４価）	１６，５４６円
子宮頸がん予防ワクチン（９価）	２７，２３６円
水痘	
水痘ワクチン	９，７６８円
結核	
ＢＣＧ	１１，９６８円
２　予診のみの場合　２，０１３円　（１人１回につき）	