

# 定期予防接種の対象となる者の要件に該当しない者に対する 予防接種の実施に関する要領

## 第1 目的

この要領は、予防接種法（昭和23年法律第68号）第3条第1項において規定する定期予防接種の対象となる者の要件に該当しない者に対し、函館市が実施する予防接種に関して必要な事項を定めるものとする。

## 第2 定義

- 1 定期予防接種の対象となる者の要件に該当しない者とは、市に住民登録がない者をいう。
- 2 函館市が実施する予防接種とは、A類疾病に係る定期の予防接種とする。

## 第3 実施の対象となる者および予防接種の種類

- 1 市は、第2の1に規定する者から予防接種の実施に係る申請を受けたときは、その者が下記の各号のいずれかに該当する場合、予防接種を実施するものとする。
  - (1) 配偶者等からの暴力の被害により避難している状態にあり、現に市内に居住していながら、やむを得ず住民登録することができないと認められた場合
  - (2) その他、特に市長が必要と認めた場合
- 2 前記において市が実施する予防接種は、第2の2に掲げるすべてとする。

## 第4 実施の方法

第3の1の(1)については、予防接種実施申請書（別記様式）を提出するとともに、母子健康手帳および下記の書類のうちいずれか一つを提示した場合、市に住民登録のある者と同一に取り扱うものとする。

- ア 配偶者暴力相談支援センターの発行する証明書
- イ 函館市福祉事務所長が発行する証明書
- ウ 保護命令決定書の謄本または正本

## 第5 関係規定の遵守

予防接種の実施に当たっては、予防接種法関係法令の規定を遵守するものとする。

### 附 則

この要領は、平成24年9月25日から施行する。

### 附 則

この要領は、平成25年4月1日から施行する。

附 則  
この要領は，平成 26 年 10 月 1 日から施行する。

附 則  
この要領は，平成 28 年 4 月 1 日から施行する。

附 則  
この要領は，平成 28 年 10 月 1 日から施行する。

附 則  
この要領は，令和 4 年 4 月 1 日から施行する。

(別記様式)

## 予 防 接 種 実 施 申 請 書

年 月 日

函 館 市 長 様

居住地 函館市

申請者 氏 名

電 話

配偶者等からの暴力の被害により避難しているため、現に上記に居住していながら、やむを得ず函館市に住民登録することができない状態にありますので、下記のとおり函館市が実施する予防接種の実施について申請します。

### 記

予防接種の種類		<ul style="list-style-type: none"><li>・ <input type="checkbox"/> BCG</li><li>・ 四種混合 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加)</li><li>・ 三種混合 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加)</li><li>・ ポリオ (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加)</li><li>・ 日本脳炎 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 2期)</li><li>・ 麻しん風しん混合 (<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期)</li><li>・ 水痘 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目)</li><li>・ B型肝炎 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目)</li><li>・ <input type="checkbox"/> 二種混合 (2期)</li><li>・ ヒブワクチン (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加)</li><li>・ 小児用肺炎球菌ワクチン (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加)</li><li>・ 子宮頸がん予防ワクチン (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目)</li></ul>		
被接種者	(ふりがな) 氏 名	( )	性別	男・女
	生年月日	年 月 日		
住民登録のある住所				
函館市への居住開始時期		年 月 頃		

### 【担当者確認欄】

<input type="checkbox"/> 母子健康手帳	<input type="checkbox"/> 関係書類写し添付 (要領第4-2) ア・イ・ウ	担当者	
---------------------------------	--	-----	--