

長岡京市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、骨髄移植等の医療行為により、接種済みの予防接種法(昭和23年法律第68号)で定める定期の予防接種(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、任意で当該定期予防接種の再接種をする場合における、当該接種者の経済的負担の軽減を行うことに関し、長岡京市補助金等交付規則(昭和57年長岡京市規則第8号。以下「規則」という。)に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 予防接種費用の助成対象者(以下「対象者」という。)は、予防接種を受けた日を基準として長岡京市に住民登録を有する者のうち、次に掲げる要件の全てを備える者とする。ただし、予防接種医療機関は、日本国内にあるものに限る。

- (1) 骨髄移植等の医療行為により接種済みの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ていること。
- (2) 接種済みの定期予防接種の接種回数及び接種間隔が、予防接種実施規則(昭和33年厚生省令第27号。以下「実施規則」という。)の規定によるものであること。

(予防接種の種類)

第3条 助成の対象となる予防接種は、次に掲げる要件の全てを備えるものとする。

- (1) 平成30年4月1日以降の接種であること。
- (2) 予防接種法第2条第2項に規定するA類疾病に係るものであること。
- (3) 使用するワクチンが、実施規則の規定によるものであること。
- (4) 20歳に達するまでの間の接種であること。

(助成の金額)

第4条 助成の金額は、当該予防接種に要した経費とし、当該対象者に対して、別に定める額を限度として償還するものとする。

(助成対象認定申請)

第5条 対象者は、予防接種を受ける前にあらかじめ長岡京市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成対象認定申請書(別記様式第1号)に次に掲げる書類を添えて市長へ申請を行わなければならない。

- (1) 骨髄移植その他の理由により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できない旨の医師の意見書(別記様式第2号)
- (2) 母子健康手帳(骨髄移植その他の理由が生じる以前の定期予防接種の履歴が確認できるもの)又は当該履歴が確認できるものの写し

(認定書等の交付)

第6条 市長は、前条の申請があったときは、その内容を審査し、認定の決定を行ったときは申請者に長岡京市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成対象認定通知書（別記様式第3号）により通知し、不認定の決定を行ったときは申請者に長岡京市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成対象不認定決定通知書（別記様式第4号）により通知する。

（実施方法）

第7条 認定通知を受けた対象者は、医療機関（日本国内に所在するものに限る。）において第3条に規定する予防接種を受け、その接種費用の実費を、当該医療機関に支払うものとする。

（交付申請）

第8条 対象者は、予防接種後に次に掲げる書類を添えて長岡京市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用（償還払い）申請書（別記様式第5号—1・2）以下「交付申請書」という。）を市長に提出して申請を行うものとする。

- (1) 予防接種費用の領収書(被接種者の氏名、予防接種の種類、接種日、金額及び医療機関名が記載されているもの)
- (2) 任意の定期予防接種の再接種内容が記録されているもの(母子健康手帳の写し等)
- (3) 前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

2 前項の申請は、接種日から1年以内に行わなければならない。

（助成決定）

第9条 市長は、交付申請書の提出があった場合は、審査を行い、適合と認めたときは交付申請者に任意予防接種費用（償還払い）承認決定通知書（別記様式第6号）により通知し、不適合と認めたときは交付申請者に任意予防接種費用（償還払い）不承認決定通知書（別記様式第7号）により通知する。

2 前項の決定通知書をもって規則第9条に規定する確定通知書とみなす。

（助成金の交付）

第10条 市長は助成を決定したときは、交付決定者に対し速やかに助成金を交付するものとする。

（交付の取消し）

第11条 市長は、交付決定者が虚偽その他の不正な手段により助成金を受けたことが判明した場合は、当該交付決定を取り消し、又は変更することができる。

（助成金の返還）

第12条 市長は、前条の規定により交付決定の取消し又は変更を行った場合において、既に助成金を交付しているときは、期限を定めて全部又は一部の返還を命ずることができる。

（延滞金）

第13条 前条の規定により助成金の返還を命ぜられた者が、これを納期限までに納付しなかつたときは、規則第15条に規定する延滞金を納付しなければならない。

(その他)

第14条 この要綱に定めるもののほか、助成の実施に必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、平成30年10月1日から施行し、平成30年4月1日から適用する。

別記様式第1号（第5条関係）

長岡京市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

長岡京市長

申請者（保護者・自署）

住所 長岡京市

接種対象者との続柄 父・母・その他（ ）

電話番号

長岡京市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成実施要綱第5条の規定に基づき、助成の対象者認定を申請します。

接種対象者名		男 ・ 女
生年月日	年 月 生	（ 歳 か月）
住所	〒617- 長岡京市	
接種予定医療機関	医療機関名	
	所在地	

本人確認書類：母子健康手帳・運転免許証・健康保険証・その他（ ）

※添付書類

①長岡京市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成に係る医師意見書（別記様式第2号）

②母子健康手帳（骨髄移植等の医療行為実施前の定期予防接種の履歴が確認できるもの）又は、当該履歴が確認できるものの写し

別記様式第3号（第6条関係）

長 第 号
年 月 日

様

長岡京市長

長岡京市骨髄移植等の医療行為に係る
任意予防接種費用助成対象認定通知書

年 月 日で申請のあった長岡京市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成対象認定申請について、長岡京市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成実施要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり認定しましたので、通知します。

接種対象者名		男 ・ 女
生年月日	年 月 生 （ 歳 か月）	
住所	〒617- 長岡京市	
予防接種名		

様

長岡京市長

長岡京市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成対象
不認定決定通知書

年 月 日付けで申請のあった長岡京市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成対象認定申請について、下記のとおり不認定とすることを決定しましたので通知します。

記

【不認定決定の理由】

（被接種者 ）

別記様式第5号-1 (第8条関係)

長岡京市骨髓移植等の医療行為に係る任意予防接種費用
(償還払い) 申請書

年 月 日

(あて先) 長岡京市長

申請者

住所 〒

氏名

印

(被接種者との続柄)

電話

次のとおり、長岡京市骨髓移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成実施要綱第8条の規定により、予防接種費用の交付を関係書類を添えて申請いたします。

償還申請額	円	金	円	審査決定総額
-------	---	---	---	--------

※大枠内は記入しないでください

※別記様式第5号-2の償還申請額の合計を記入してください。

被接種者氏名								
生年月日	年		月		日		生	
被接種者住所								
振込先口座	金融機関名				銀行 信金 信組 農協	本支店 出張所名	本店 支店 出張所	
	預金種別	普通・当座	(フリガナ) 口座名義人		()			
	口座番号							

- ※ 口座名義人は被接種者になります。(未成年の場合は保護者)
- ※ 【必要書類など】 予防接種費用領収書 印鑑 振込先が確認できる通帳など
 予防接種記録が確認できる書類(母子健康手帳予防接種欄の写し等)

別記様式第5号-2 (第8条関係)

接種年月日 年 月 日	ワクチン名 (回数)		(回目)
			(回目)
			(回目)
			(回目)
	医療機関名		
償還申請額	円	【審査額 円】	
接種年月日 年 月 日	ワクチン名 (回数)		(回目)
			(回目)
			(回目)
			(回目)
	医療機関名		
償還申請額	円	【審査額 円】	
接種年月日 年 月 日	ワクチン名 (回数)		(回目)
			(回目)
			(回目)
			(回目)
	医療機関名		
償還申請額	円	【審査額 円】	
接種年月日 年 月 日	ワクチン名 (回数)		(回目)
			(回目)
			(回目)
			(回目)
	医療機関名		
償還申請額	円	【審査額 円】	
接種年月日 年 月 日	ワクチン名 (回数)		(回目)
			(回目)
			(回目)
			(回目)
	医療機関名		
償還申請額	円	【審査額 円】	

様

長岡京市長

長岡京市骨髓移植等の医療行為に係る任意予防接種費用(償還払い)
承認決定通知書

年 月 日付けで申請のあった任意予防接種費用(償還払い)に
ついて、下記のとおり交付することを決定しましたので通知します。

記

任意予防接種費用(償還払い) 交付金額 円

(被接種者)

別記様式第7号（第9条関係）

長 第 号
年 月 日

様

長岡京市長

長岡京市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成
不承認決定通知書

年 月 日付けで申請がありました任意予防接種費用（償還払い）について、下記のとおり交付しないことを決定しましたので通知します。

記

【不交付決定の理由】

（被接種者 ）