

## 新潟市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、骨髄移植手術等により接種済みの予防接種法（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、任意で第4条に規定する予防接種を再接種する者に対し、当該予防接種に要する費用を助成することにより、経済的負担を軽減するとともに、感染及び発病防止を図ることを目的とする。

### (予防接種対象者)

第2条 助成対象予防接種の対象者（以下「接種対象者」という。）は、次に掲げる要件の全てを備える者とする。

- (1) 骨髄移植手術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と医師に判断されていること。
- (2) 予防接種の再接種日において市内に住所を有すること。
- (3) 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。

### (助成金支給対象者)

第3条 助成金の支給の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、接種対象者の保護者（親権を行う者、後見人又はその他現に接種対象者を養育している者をいう。）とする。

### (予防接種の種類)

第4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29年4月1日以降の接種であること。
- (2) 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) 予防接種法施行規則（昭和23年厚生省令第36号）第2条の6の表の上欄に掲げる特定疾病に係る予防接種にあつてはそれぞれ同条の規定による年齢に達するまで、それ以外の予防接種にあつては20歳に達するまでの間の接種であること。

### (助成金額)

第5条 助成金の額は、当該対象予防接種に要した経費とし、再接種日の属する年度に締結した新潟市定期予防接種委託契約書の金額（消費税を含む。）を上限とする。

（助成対象認定申請）

第6条 助成金の支給を受けようとする助成対象者は、新潟市特別の理由によ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）を、接種対象者が当該予防接種を受ける前に、次に掲げる書類を添えて市長に申請しなければならない。

- （1） 骨髄移植手術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理由書（別記様式第2号）
- （2） 母子健康手帳（骨髄移植手術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7条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、認定又は不認定の決定を行う。

2 市長は、前項の規定による認定の決定を行ったときは、新潟市特別の理由によ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。以下「認定書」という。）により、不認定の決定を行ったときは、新潟市特別の理由による任意予防接種費用助成対象不認定通知書（別記様式第4号）により、当該申請をした助成対象者に対し通知する。

（実施方法）

第8条 認定書の交付を受けた助成対象者は、医療機関等（国内に所在するものに限る。）において接種対象者に第4条に規定する予防接種を再接種させ、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。

（助成金の申請）

第9条 前条の規定により予防接種を再接種させた保護者は、予防接種の最終再接種日から起算して6月に達する日の属する月の末日までに、新潟市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給申請書（別記様式第5号）に次に掲げる書類を添えて市長に申請するものとする。

- （1） 予防接種実施医療機関の領収書（接種対象者が接種した予防接種の種類が記載されたものに限る。）
- （2） 予防接種予診票（接種時に使用し、接種医及び保護者の署名等必要事項が記載されているもの）又は当該履歴が確認できるものの写し

(3) 振込先金融機関通帳の銀行名、支店、口座番号、口座名義人氏名が記載されているページの写し

(助成金の支給)

第10条 市長は、前条の申請書の提出があったときは、当該申請に係る書類の審査を行い、新潟市特別の理由による任意予防接種費用助成金等支給決定通知書（別記様式第6号）により助成対象者に通知し、速やかに助成金を支給するものとする。

(助成金の返還)

第11条 市長は、助成金の支給を受けた者が、次の各号のいずれかに該当するときは、既に支払った助成金の全部又は一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助成金の支払いを受けたとき

(2) この要綱の規定に違反したとき

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成29年8月1日から施行し、平成29年4月1日から適用する。

(経過措置)

2 平成29年4月1日からこの要綱の施行の日の前日までの間に第4条に規定する予防接種を再接種した者（第2条に規定する要件を全て備える者に限る。）の保護者は、第6条から第8条までの規定にかかわらず、認定書の交付を受けなくても、第6条各号に掲げる書類を添えて、第9条の申請をすることができる。この場合において、第9条中の「6月」とあるのは「10月」と読み替えるものとする。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成30年11月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際現に存する改正前の様式の書式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和3年7月1日から施行する。

別記様式第1号（第6条関係）

新潟市特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

（あて先）新潟市長

申請者（保護者） 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

新潟市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給要綱第6条の規定に基づき、助成金の支給の対象となるための認定を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、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、新潟市長が、その情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

接種対象者	住 所	〒 _____ 新潟市 _____ 区
	氏 名	フリガナ _____
	生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日（満 _____ 歳 _____ か月）
保護者氏名		被接種者との続柄（ _____ ）
連絡先電話番号		_____ - _____
予防接種	種 類	
	接種予定日	
接種医療機関	名 称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
通知書類送付先		1 現住所
		2 滞在先住所 〒 _____

添付書類

- （1）接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する医師の理由書
- （2）母子健康手帳（骨髄移植手術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

（あて先）新潟市長

新潟市特別の理由による任意予防接種費用助成に関する理由書

骨髄移植手術等により、接種済み定期予防接種の予防効果が期待できない者について、この度、予防接種の再接種が可能な状態と認められるため、下記のとおり理由書を提出します。

なお、再接種の必要性及び副反応については十分に説明しています。

記

接種 対象 者	住 所	新潟市 区
	氏 名	フリガナ
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）
接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由		
再接種する予防接種の種類		
医療 機 関	名 称	
	所 在 地	
	医 師 名	

様

新潟市長  
(担当：保健管理課)

新潟市特別の理由による任意予防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任意予防接種費用助成対象認定申請について、新潟市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給要綱第7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。

記

接種対象者	住 所	新潟市 区
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
予防接種名		

備考

- 1 医療機関において認定した予防接種を受け、その接種費用の実費を当該医療機関に支払ってください。
- 2 予防接種の最終再接種日から起算して6月に達する日の属する月の末日までに、次の書類を添付のうえ、新潟市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給申請書を提出してください。
  - (1) 予防接種実施医療機関の領収書（接種対象者の氏名、接種日、ワクチン名、料金、医療機関名が記載されたもの）
  - (2) 予防接種予診票又は当該履歴が確認できるものの写し
  - (3) 振込先金融機関通帳の銀行名、支店、口座番号、口座名義人氏名が記載されているページの写し

別記様式第4号（第7条関係）

第 号  
年 月 日

様

新潟市長  
（担当：保健管理課）

新潟市特別の理由による任意予防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任意予防接種費用助成対象認定申請について、次の理由により不認定としましたので通知します。

不認定の理由

別記様式第5号（第9条関係）

新潟市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給申請書

年 月 日

（あて先）新潟市長

申請者（保護者） 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

私は、新潟市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給要綱第9条の規定に基づき、次のとおり助成金の支給を申請しますので、下記口座に振替えてください。

なお、必要があるときは下記事項について新潟市が医療機関に確認を行うことに同意します。

接種対象者	住 所	〒 _____ 新潟市 _____ 区		
	氏 名	フリガナ _____		
	生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日		
保護者氏名	被接種者との続柄（ _____ ）			
連絡先電話番号	_____			
予防接種名	接種年月日	接種費用① (支払った金額)	新潟市記入欄	
			助成上限額② (新潟市委託料)	申請金額 (①と②で少ない額)
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
助成申請合計金額			円	
銀行・支店名	銀行・信用金庫 _____ 本店・支店 _____ 農協・信用組合 _____ 支所・出張所 _____			
口座種別	口座種別	1. 普通	口座番号	
口座番号		2. 当座		
口座名義	フリガナ _____			

金融機関コード \_\_\_\_\_

店舗コード \_\_\_\_\_

※太枠内を記入してください。

1. 申請者と口座が同じ
2. 受領委任（申請者と口座名義が異なる場合。ただし、接種対象者保護者であること。）  
私は、上記の者をもって代理人と定め、受領に関する権限を委任します。

## 添付書類

- (1) 予防接種実施医療機関の領収書（接種対象者の氏名，接種日，ワクチン名，料金，医療機関名が記載されたもの）
- (2) 予防接種予診票又は当該履歴が確認できるものの写し
- (3) 振込先金融機関通帳の銀行名，支店，口座番号，口座名義人氏名が記載されているページの写し

様

新潟市長  
(担当：保健管理課)

新潟市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給決定通知書

年 月 日付けで申請のあった新潟市特別の理由による任意予防接種費用助成金について、次のとおり支給の決定をしたので通知します。

記

支給決定額 円

(内訳)

予防接種名	接種年月日	接種費用① (支払った額)	助成上限額② (新潟市委託料)	支給決定金額 (①と②で少ない額)
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円