

## 新潟市予防接種県外実施費用に係る償還払いに関する要綱

### (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条の規定で定める定期予防接種（以下「予防接種」という。）を事情により新潟県外（以下「県外」という。）で接種する場合に負担する接種費用について償還払いを実施することで、適切な時期に予防接種を受け、疾病の発生とまん延防止を図ることを目的とする。

### (予防接種対象者)

第2条 予防接種の対象となる者（以下「被接種者」という。）は、新潟市に住民登録を有する者で、次のいずれかの事情で県外での予防接種を希望する者とする。

- (1) 母親が出産等で接種対象となる子どもを連れて、県外の他市町村に里帰りする場合。
- (2) 長期療養や学業・就労等のために、県外の他市町村に一時的に滞在する場合。
- (3) 妊娠中の者が、出産等の理由により県外の他市町村に里帰り等する場合。
- (4) 前号に掲げるもののほか、市長が特別に認める場合。

### (償還払い交付対象者)

第3条 償還払いの交付を受けることができる者は、前条に規定する被接種者、もしくは、その保護者（親権を行う者、後見人又はその他現に被接種者を養育している者をいう。）とする。ただし、申請日において被接種者が18歳未満の場合は、保護者が申請するものとする。

2 申請日において被接種者が18歳を超えている場合で、被接種者以外の者が申請をする場合には、委任状（様式第1号の2）を提出しなければならない。

### (予防接種の種類)

第4条 償還払いの交付の対象となる予防接種の種類は、定期予防接種のうちA類疾病に掲げられているものとする。

### (償還払い金額)

第5条 償還払いの交付は、償還払い交付対象者が県外の医療機関に支払った予防接種費用とし、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。

(予防接種の申請)

第6条 予防接種を希望する者、もしくは、その保護者は、予防接種実施依頼申請書（別記様式第1号、以下「依頼申請書」という。）を、予防接種を受ける前に市長へ提出しなければならない。

(依頼書等の交付)

第7条 市長は、前条の規定により依頼申請書の提出があったときは、その内容を審査し、適当と認めるときは新潟市予防接種実施依頼書（別記様式第2号、以下「依頼書」という。）を予防接種対象者、もしくは、その保護者に交付するものとする。

(受診方法)

第8条 前条の規定により依頼書の交付を受けた者は、県外の医療機関に依頼書及び予診票を提出して予防接種を受け、これに要する費用を支払わなければならない。

(償還払いの申請)

第9条 償還払いの申請をしようとする者は、予防接種を受けた後、速やかに予防接種費用償還払い申請書（別記様式第3号、以下「償還払い申請書」という。）に、次に掲げる書類を添えて、市長へ提出しなければならない。

- (1) 予防接種に要する費用を支払ったことを証する書類
- (2) 予診票の写し
- (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

なお、申請期間は原則として予防接種終了後1か月とする。

(償還払いの交付)

第10条 市長は、前条の規定により償還払い申請書の提出があったときは、速やかに償還払いの額を交付するものとする。

(予防接種の申請の特例)

第11条 第6条の規定により予防接種の申請を行わなかった者は、予防接種を受けた後、予防接種の申請を行わなかった理由を申し立てることにより、償還払いの申請をすることができる。この場合において、償還払いの申請を行おうとする者は、予防接種費用償還払い申立書兼申請書（別記様式第4号、以下「償還払い申立書兼申請書」という。）により予防接種の申請を行わなかった理由を申し立てのうえ、次に掲げる書類を添えて、市長へ提出しなければならない。

- (1) 予防接種に要する費用を支払ったことを証する書類
  - (2) 予診票の写し
  - (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
- (予防接種の申請の特例の審査)

第12条 市長は、前条の規定により償還払い申請書兼申立書の提出があったときは、その内容について審査を行い、適当と認めるときは、償還払いの額を交付する。

(償還払いの返還)

第13条 市長は、償還払い交付対象者が、次の各号のいずれかに該当するときは、既に支払った償還払い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償還払い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

この要綱は平成25年8月1日から施行し、平成25年4月1日から適用する。

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30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年7月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年6月1日から施行し、令和6年4月1日以後に受けた予防接種の費用について適用する。

附 則

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

申請日 年 月 日

(宛先) 新潟市長

申請者 (被接種者本人または保護者)

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ (続柄)

予防接種実施依頼申請書

新潟県外に滞在している間に定期予防接種を受けるため、下記のとおり予防接種実施依頼書の発行を申請します。

記

被接種者氏名 (接種を受ける方)	フリガナ	生年月日	年 月 日 ( 歳 か月 )
住 所	〒 _____ 新潟市 _____ 区		
連絡先電話番号 (日中つながる番号)	自宅： 携帯：	保護者氏名	接種を受ける方が未成年の場合に記入
滞在先住所 滞在先電話番号	〒 _____ 電話： _____ ( _____ 様方 )		
滞在予定期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日ごろ ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日ごろ		
滞 在 理 由	里帰り出産 ・ 長期療養 ・ 進学 ・ その他 ( _____ )		
該 当 す る も の に ☑	希望する 予防接種	ロタウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 (ロタテック®のみ)
		B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
		小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加
		五種混合 (DPT-IPV-Hib)	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加
		二種混合 (DT)	<input type="checkbox"/> 1回目
		BCG	<input type="checkbox"/> 1回目
		麻疹・風しん (MR)	<input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期
		水痘	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
		日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 第2期
		ヒトパピローマウイルス	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
		RSウイルス	<input type="checkbox"/> 1回目
		その他 (ワクチン名 _____ )	*接種回数をご記入ください。( _____ )
接種方法	<input type="checkbox"/> 個別接種 (各医療機関での接種) <input type="checkbox"/> 集団接種		
依頼書の 宛名	滞在先の市町村にご確認のうえ、必要な依頼先をすべてご記入ください。 <input type="checkbox"/> 接種する医療機関宛て ( 医療機関名： _____ ) <input type="checkbox"/> 滞在先の市町村長宛て ( 市町村名： _____ )		
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 現住所 ( 自宅 ) <input type="checkbox"/> 滞在先		

※予防接種後に費用償還払いの手続きが必要です。ご不明な点は、お住まいの区の健康福祉課健康増進係へお問い合わせください。

別記様式第1号の2

(被接種者が18歳以上の場合)

## 委任状

令和 年 月 日

(宛先) 新潟市長

【委任者】 ※被接種者本人が記載すること

住 所

氏 名

生年月日

電話番号

私は、下記の者を代理人と定め、新潟県外で接種した定期予防接種費用償還払いの申請（請求）及び受領の権限を委任します。

【代理人】

住 所

氏 名

(被接種者との続柄 )

生年月日

電話番号

医 療 機 関 の 長 様

新潟市長  
(公印省略)  
(担当： 区健康福祉課)

新潟市予防接種実施依頼書

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

下記のとおり、新潟市に住民登録のある者が、新潟県外での予防接種を希望していますので、貴職により実施していただきたくご依頼申し上げます。万一、依頼した予防接種に起因する健康被害が発生した場合には、予防接種法の規定に基づき本市が対応いたします。

なお、接種費用については被接種者様または保護者様より徴収してください。後日、接種費用償還払いの手続きを行いますので、お手数でも領収書（被接種者氏名、接種日、ワクチン名、料金、医療機関名が記載されたもの）と予診票（写し）を被接種者様または保護者様へお渡しくださいますよう併せてお願い申し上げます。

記

依頼する予防接種	
被 接 種 者 氏 名 (接種を受ける方の氏名)	フリガナ
生 年 月 日	年 月 日 ( 歳 か月)
住 所	〒 ー 新潟市 区
連絡先電話番号	
保 護 者 氏 名 (被接種者が未成年の場合)	
滞 在 先 住 所	

担当：新潟市 区健康福祉課健康増進係  
電話： ー ー  
FAX： ー ー

新 健第 号の2  
年 月 日

市町村長 様

新潟市長

(公印省略)

(担当： 区健康福祉課)

## 新潟市予防接種実施依頼書

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

下記のとおり、新潟市に住民登録のある者が、新潟県外での予防接種を希望していますので、貴職により実施していただきたくご依頼申し上げます。万一、依頼した予防接種に起因する健康被害が発生した場合には、予防接種法の規定に基づき本市が対応いたします。

## 記

依頼する予防接種	
被接種者氏名 (接種を受ける方の氏名)	フリガナ
生 年 月 日	年 月 日 ( 歳 か月)
住 所	〒 ー 新潟市 区
連絡先電話番号	
保護者氏名 (被接種者が未成年の場合)	
滞在先住所	

担当：新潟市 区健康福祉課健康増進係  
電話： ー ー  
FAX： ー ー

# 予防接種費用償還払い申請書

(口座振替申込書兼受領委任状)

年 月 日

(宛先) 新潟市長

申請者 (被接種者本人または保護者)

住所 〒

氏名

電話 (連絡先)

私は、 年 月 日付 新 健第 号の2「新潟市予防接種実施依頼書」に基づき、新潟県外の医療機関に予防接種費用を支払ったので、下記のとおり、関係書類を添えて予防接種費用の償還払いを申請します。

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。

## 被接種者

住 所 新潟市 区

氏 名

生年月日 年 月 日生

接種内容 裏面に記載のとおり

償還払い申請金額 円

(裏面の申請金額の合計を記入して下さい。)

## 振込先 (該当する番号を○で囲んでください。)

下記の口座に振替えてください。

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。ただし被接種者保護者であること。)

私は、下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。

銀行・支店名	銀行・信用金庫 農協・信用組合				本店・支店 支所・出張所				金融機関コード
口座種別 口座番号	口座 種別	1. 普通 2. 当座	口座 番号						店舗コード
口座名義	フリガナ								

●必ず医療機関の発行した領収書(原本)を添付してください。

●振込を確実にするため、銀行、支店、口座番号、名義がわかるもの(通帳の写し等)を添付してください。



予防接種費用償還払い申立書兼申請書

(口座振替申込書兼受領委任状)

年 月 日

(宛先) 新潟市長

申請者 (被接種者本人または保護者)

住所 〒

氏名

電話 (連絡先)

私は新潟県外の医療機関で予防接種を受け、費用を支払いました。下記のとおり、事前申請を行えなかった理由を申し立てるとともに関係書類を添えて費用の償還払いを申請します。

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。

被接種者

住 所 新潟市 区

氏 名

生年月日 年 月 日生

接種内容 裏面に記載のとおり

償還払い申請金額 円

(裏面の申請金額の合計を記入して下さい。)

事前申請できなかった理由

( )

振込先 (該当する番号を○で囲んでください。)

下記の口座に振替えてください。

- 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。ただし被接種者保護者であること。)

私は、下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。

Table with columns for bank/branch name, account type (普通/当座), account number, branch name, and codes (金融機関コード, 店舗コード). Includes a field for account name (フリガナ).

- 必ず医療機関の発行した領収書(原本)を添付してください。
●振込を確実にするため、銀行、支店、口座番号、名義がわかるもの(通帳の写し等)を添付してください。

